

### **3. Psychotherapeutische Behandlung**

#### **3.1 Formen der Psychotherapie**

Die Therapievorschläge in der Literatur beziehen sich hauptsächlich auf verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Therapieformen. Daneben finden sich auch eine Vielzahl von kombinierten Therapievorschlägen (Gieler et al. 1986, z.B. mit Entspannungstraining, dermatologische Schulungen). Nach dem tiefenpsychologischen Konzept kann die Psychotherapie mit einzelnen Patienten, mit Familien oder auch in Gruppen durchgeführt werden. Die Behandlungstechnik unterscheidet sich in diesen Gruppen nicht. Grundlage der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung ist, durch eine akzeptierende Haltung eine tragfähige therapeutische Beziehung zu schaffen. Auf dieser Basis können im weiteren Verlauf latent gebliebene Konflikte zugänglich und bewußt gemacht werden. Entsprechend auftretende innere Widerstände und Abwehrvorgänge können somit der Bearbeitung zugänglich gemacht und überwunden werden. Dies führt in der Regel zu einer Stabilisierung des psychischen Gleichgewichtes und einer besseren Verarbeitung des jeweiligen Krankheitsgeschehens. Stützende wie auch aufdeckende Interventionen wechseln sich ab.

In der tiefenpsychologischen Psychotherapie gilt eine besondere Aufmerksamkeit der in der Behandlung auftretenden Affekte (Trauer, Wut etc.) und Phantasien. Die Bewußtmachung dieser Affekte und Phantasien soll dem Patienten helfen, einen besseren Einblick in die eigene Welt zu erhalten und damit die veränderte Verarbeitung des Krankheitserlebens zu erreichen.

Besonders im Zusammenhang mit chronischen Hauterkrankungen kann eine analytisch orientierte psychotherapeutische Behandlung indiziert sein, da stabile und mittragende familiäre Beziehungen die Krankheitsverarbeitung der chronisch erkrankten Patienten wesentlich zu verbessern scheint.

Die in dieser Arbeit untersuchten Patienten wurden ausschließlich nach dem tiefenpsychologischen fundierten Konzept behandelt.

Die verschiedenen Formen der psychotherapeutischen Behandlungen sollen im Folgenden näher erläutert werden.

### 3.1.1. Verhaltenstherapie

Die Behandlung beginnt zunächst mit einer Verhaltensanalyse, wobei bestimmte Verhaltensweisen erfaßt werden, die durch bestimmte Situationen (Reizkonstellation oder spezifische Reize) ausgelöst oder begünstigt werden (kontrollierende Reize, die dem Problem vorausgehen und Reize, die als Konsequenz auf ein geäußertes Verhalten folgen). In diesem Zusammenhang interessiert auch welche Bedeutung die Bezugspersonen des Patienten hierbei haben, insbesondere, wie sie auf die Probleme des Patienten reagieren. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist es wichtig, daß der Patient die Ursachen seiner Störung sieht, d.h. sie attribuiert. Am Schluß des Interviews werden Überlegungen angesprochen, welche Therapieverfahren eingesetzt werden können. Ein wichtiges Behandlungsverfahren beruht deshalb auf der rationalen Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien im Umgang mit „Stressituationen“, d.h. den Patienten wird gelehrt, wie sie ihr Verhaltensrepertoire erweitern können (Meichenbaum 1977). In der Verhaltenstherapie dient die Verhaltensanalyse immer zur gezielten therapeutischen Planung für den jeweiligen Patienten, wobei die kontrollierenden momentanen Reizbedingungen (operante, klassische, konditionale und kognitive Aspekte) bei der Aufrechterhaltung einer Erkrankung isoliert werden, die dann im weiteren Behandlungsverlauf in den einzelnen Phasen parallel weiter dokumentiert werden. Und es kann im Verlauf der Behandlung zu Veränderungen von Therapiezielen und dem Einsatz neuer Behandlungsmethoden kommen. Die aktive Beteiligung des Patienten durch sogenannte Hausaufgaben oder Dokumentation von Strategien, die der Patient einsetzt oder die vom Therapeuten empfohlen wurden, gehören in jedem Fall zur Behandlung. Die operante „Konditionierung“ mit dem Einsatz sogenannter positiver Verstärker spielt bei dem differenzierten Psychotherapieprogramm der Verhaltenstherapeuten eine große Rolle. Operante Verstärkermodelle sind effektiver, wenn bestimmte Aspekte berücksichtigt werden:

„Selbstsicherheitstraining, Sozialtraining“, um eine Verbesserung der Möglichkeiten zu erreichen, eigene Wünsche und Bedürfnisse gegenüber der Um-

welt zu realisieren. Dies wird möglich durch Rollenspiele, Schulungen, soziale Auseinandersetzungen unter Berücksichtigung averbaler Verhaltensaspekte.

Beim „Modellernen“ im Rollenspiel beobachtet der Patient therapeutisch erwünschte Verhaltensweisen bei anderen Personen und die positiven Konsequenzen, die deren Verhalten nach sich zieht. Bestimmte Eigenschaften dieser Personen (Geschlecht, Alter, soziale Attraktivität) können das Modellernen begünstigen oder verringern.

Viele „verhaltenstherapeutische Interventionen“ finden bei komplexen oder chronifizierten Verhaltensproblemen statt, die nicht von vornherein die Chance bieten, vollständig anderes (erwünschtes Verhalten) kurzfristig zu erreichen. In verschiedenen Therapieschritten kann es letztlich zu einer gewünschten Therapiemodifikation kommen (shaping). Es werden also Teile von Verhaltenszweigen analysiert und in einzelnen Schritten besonders beeinflusst. Diese Schritte sind aufeinander bezogen und verstärken die Veränderungsbereitschaft des Patienten.

Beim „Biofeedback“ werden einerseits physiologische Parameter vom Patienten kognitiv zurückgemeldet und durch Licht und Tonsignale Verstärkung zur Veränderung dieser Parameter in eine bestimmte Richtung eingesetzt. Die weiteren Techniken sind: Gegenkonditionierung (z.B. zur Beseitigung von Angst, Aversionstechniken, operante Löschung, Expositionstherapie (insbesondere bei phobischen Zuständen, Konfrontation mit dem angstausslösenden Ereignis) s. Markgraf und Schneider (1990).

Der Vollständigkeit halber sei hier der verhaltenstherapeutische Ansatz bei Juckreiz erwähnt (Böddecker, u. Böddecker 1976). In einer Darstellung der Dynamik der Kratzreaktion stellen sie das Unbewußte dieses Vorganges dar. Eine diffuse Beunruhigung und nicht das visuelle oder haptische Wahrnehmen einer Kratzstelle geht einer Kratzreaktion, wie sie für die Neurodermitis typisch ist, voraus.

Zu Beginn der Kratzphase steige das Kratzbedürfnis an, um dann gerade beim Auslösen von Schmerzen und Blutung rasch wieder abzusinken. Die an einem größeren Patientenkollektiv erhobene Kurve der zircadianen Kratzfrequenz

ordne sich spiegelbildlich zur Tagesaktivitätskurve an. Dies legt die Vermutung nahe, Wachheit und Nicht-Wachheit üben Kontrollfunktionen aus und seien ein Kriterium des Kratzens.

Der Kreislauf des Kratzens beginne, wenn ein frustrierender, angstauslösender Reiz (S) auf einen Organismus (O) mit einem charakteristischen Verhaltensdefizit treffe (Defizit im Erkennen, Zulassen und im Umgang mit eigenen Emotionen). Diese Patienten neigen, nach Beobachtung der Autoren, häufig dazu, eine psychologische Interpretation der Kratzsymptomatik abzulehnen. Sie führen diese Einstellung darauf zurück, daß "das Organ Haut in unserer Kultur dasjenige ist, das noch am ehesten den Ausdruck psychischer Störung erlaubt, ohne daß diese vom Patienten oder der Umwelt entlarvt wird" (Bödecker 1976). Die Spannungsreduktion (C1) trete unter Reaktion (R) in Form von Kratzen bei Aufeinandertreffen von S auf O spontaner ein, als die negativen Konsequenzen (C2) wie Schmerzen und Verschlechterung des Hautzustandes.

Das Therapiekonzept bei Bödecker u. Bödecker (1976) stützt sich auf positive Verstärkung von Nicht-Kratzen, eine der Belohnung (Spannungsreduktion) vorausgehende Bestrafung, beispielsweise durch Protokollierung vor dem Kratzen und dem Verstärkerentzug (z.B. Armkrawatten mit Alarmvorrichtungen).

Gieler et al. (1990) und Gieler et al. (1992 a) entwickelten ein therapeutisches Zwei-Komponenten-Programm, welches einerseits eine dermatologische Schulung im Rahmen einer themenzentrierten Gruppentherapie und andererseits ein spezielles psychologisches Training beinhaltet mit dem Erfolg der Symptombesserung der beobachteten Patienten (Nebel 1990, Ehlers et al. 1995).

### 3.1.2 Analytisch und tiefenpsychologisch orientierte Einzel-, Familien- und Gruppentherapie

Im Zentrum der psychoanalytischen Behandlungsmethode steht das Bewußtmachen von unbewußten Bedeutungsinhalten bezüglich der jeweiligen Lebenssituation der Patienten. Dieses findet ohne Verhaltensanweisung seitens des Behandlers statt (Thomä 1980).

Die Behandlungstechniken bestehen im Wesentlichen aus „Klärung“, „Konfrontation“, „Deutung“, im Besonderen auch die Wahrnehmung der „Übertragung“ und „Gegenübertragung“. Im Folgenden sollen die einzelnen Begriffe kurz erläutert werden.

Die „Klärung“ erfolgt über die Untersuchung von Erlebens- und Verhaltensweisen im Umgang mit anderen im persönlichen Umfeld des Patienten. Wichtige Interaktions- und Erlebensweisen sollen im Zusammenhang mit der inneren Bedeutung des Patienten bearbeitet werden.

In der „Konfrontation“ wird auf abgewehrte, und verleugnete Verhaltens- und Erlebnisweisen und deren Auswirkung auf andere deutlich gemacht. Wobei die therapeutische Situation gleichermaßen mit Alltagssituationen verdeutlicht werden.

„Deutungen“ sollen unbewußte Zusammenhänge der Erlebnis- und Verhaltensmuster zwischen bedeutsamen Anderen aufzeigen. Dabei wird auch eingegangen auf vergangene Erfahrungen, wie z.B. der Kindheit, die abgewehrt und verleugnet wurden.

Der Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung spielt in den analytisch orientierten psychotherapeutischen Behandlungen eine besondere Rolle. Dahinter steht die Idee, daß das Durcharbeiten von Gefühlen und Beziehungsphantasien im Zusammenhang mit Verhalten eine besondere Psychodynamik darstellt und als gemeinsamer Prozeß von Therapeut und Patient bzw. als therapeutischer Prozeß verstanden wird. Im therapeutischen Raum sollen Wünsche nach Selbständigkeit und die Ängste vor den Folgen und Kompromißbildungen zwischen Wünschen und Ängsten verstanden und deren Abwehrmechanismen und daraus folgenden Verhaltensweisen aufgelöst werden.

Eine geglückte psychotherapeutische Behandlung ist darin zu sehen, daß der Patient selbst befriedigendere Möglichkeiten in seinem persönlichen Leben erarbeiten kann.

Die analytisch-tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Gruppentherapie ermöglicht ein therapeutisches Beziehungsgefüge, in dem die Patienten die Möglichkeit haben, neurotisierte oder pathologische Beziehungen innerhalb der Gruppe zu erleben und zu bearbeiten, indem ein multiples Übertragungsangebot durch Gruppenleiter/in und Gruppenteilnehmer/in sich herstellt und die Möglichkeit der Bearbeitung persönlicher Konflikte wie auch Konflikte miteinander zu bearbeiten besteht. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren haben bei Patienten mit Neurodermitis eine relativ gute Wirksamkeit (Bitzer et al. 1997).