

Psychotherapeut

Elektronischer Sonderdruck für Günter Krampen

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2011 · 56:522–531 · DOI 10.1007/s00278-011-0825-4

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

Günter Krampen

Psychotherapie erhöhter Aggressivität

Therapieerfahrungen bei 30 Patienten und katamnestische Befunde

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg

Günter Krampen

Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und
 Wissenschaftsforschung, Fachbereich I – Psychologie, Universität Trier

Psychotherapie erhöhter Aggressivität

Therapieerfahrungen bei 30 Patienten und katamnestiche Befunde

Aggressives Verhalten ist multifaktoriell bedingt und ein Leitsymptom mehrerer psychischer Störungen mit Krankheitswert. Bei akzentuierter Ausprägung der Aggressivität gilt die Behandlung dieser Störungen als besonders schwierig. Unter Bezug auf den Ansatz der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie werden adaptive Spezifikationen im therapeutischen Prozess möglich, die zu mittel- und längerfristigen Behandlungserfolgen führen können. Dies wird durch Erfahrungen bestätigt, die in ambulanten Einzelpsychotherapien anhand einer in der Routinepraxis anfallenden Stichprobe von 30 Patienten mit stark erhöhter Aggressivität gemacht wurden.

Aggression als Leitsymptom

Fremdgefährdendes und -schädigendes, aggressives, antisoziales Verhalten gilt (ähnlich wie selbstgefährdendes und -schädigendes) dann, wenn es Leitsymptom einer psychischen Störung mit Krankheitswert nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) und zudem auch noch wesentliches Motiv für die – ggf. fremdmotivierte – Behandlungsaufnahme ist, seit Langem als prognostisch ungünstiger Faktor für den Erfolg ambulanter Psychotherapie (Hirschmann 2007; Rauchfleisch 1993). Nach der Klassifikation psychischer Störungen in der International Statistical Classification of Diseases

and Related Health Problems- (ICD-)10 [und ähnlich im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM-) IV-TR] ist erhöhte (destruktive, nach außen gerichtete) Aggression eines der Leitsymptome bei den Formkreisen der Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.x), der Störungen der Impulskontrolle (F63.8), der beiden Manifestationsformen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F 60.3x) und der dissozialen/antisozialen Persönlichkeitsstörungen (F60.2), kann darüber hinaus auch Leitsymptom von Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung/anderen Emotionen (F92.0, F92.8), hyperkinetischen Störungen des Sozialverhaltens (F90.1) sowie spezifischen Anpassungsstörungen (F43.24) sein (zur klassifikatorischen Diagnostik erhöhter Aggressivität s. Krampen 2001).

Ungünstige Prognosen – ein Mythos?

Die Behandlung dieser (und einiger anderer) Störungen wird dann oftmals mit einer ungünstigen oder gar schlechten Prognose verbunden, wenn destruktive Aggressionen (gegenüber Menschen, Tieren, Sachen im Sinne von Extrapunitivität; s. hierzu ausführlicher Cierpka et al. 2007) eines ihrer Leitsymptome bilden. Nach der Sichtung der empirischen Fachliteratur über die ambulante Psychotherapie destruktiver Aggressivität mag diese Einschätzung eher auf Nichtwissen als

auf einer breiteren empirischen Befundlage basieren. Während sich für präventive klinisch-psychologische Maßnahmen gegenüber aggressivem und dissozialem Verhalten bei Kindern (und darauf ausgerichtete Elterntrainings) empirische Effektnachweise finden, die inzwischen auch metaanalytisch aufbereitet wurden und schwache bis mittlere Effekte für Kinder- bzw. Elterntrainings belegen (Beelmann 2003; Bennett u. Gibbons 2000; Lösel u. Beelmann 2003), ist die Befundlage für die Behandlung erwachsener Patienten mit erhöhter Aggressivität *de facto* sehr spärlich. Vielmehr finden sich nur zurückhaltende Erfahrungsberichte und v. a. Hinweise auf die besonderen Schwierigkeiten im therapeutischen Umgang mit aggressiven und dissozialen Patienten.

Hirschmann berichtete an gleicher Stelle in einer Fallstudie zur ambulanten Langzeitpsychotherapie eines Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus über die erheblichen Probleme im therapeutischen Umgang mit den Fremdaggressionen des Patienten und bezeichnet ihre Arbeit als „Gratwanderung, für die sich sicherlich keine Regeln aufstellen lassen“ (Hirschmann 2007, S. 221). Ähnliche Schwierigkeiten werden auch für die Behandlung älterer Kinder und Jugendlicher im Einzelsetting (Brezinka 2002; Imbach 1999; Petermann u. Warschburger 1994) sowie im Gruppensetting berichtet, für die sogar iatrogene (negative) Effekte im Sinne eines „deviancy trainings“ be-

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



fürchtet werden (die allerdings empirisch bislang nicht überzeugend nachgewiesen werden konnten; D'Silva et al. 2004; Weiss et al. 2005): Interventionen erbrachten nicht den erwarteten Erfolg (Imbach 1999), die Outcome-Ergebnisse sind widersprüchlich und führen zur Hypothese einer chronischen Störung mit lebenslangem Betreuungsbedarf (Brezinka 2002). Die bisherigen therapeutischen Erfahrungen hinsichtlich langfristiger Verhaltensänderungen werden als wenig zufriedenstellend bezeichnet (Petermann u. Warschburger 1994) – so oder ähnlich lautet allzu häufig das resignativ anmutende Fazit für die Anwendungspraxis und mag dadurch bei Psychotherapeuten selbst Vorbehalte gegenüber Patienten mit hoher Aggressivität, die sicherlich keine „einfachen“ Patienten sind, nähren. Dies könnte zu einem Mythos geführt haben, der die Psychotherapie von Patienten mit dem Leitsymptom destruktiver Aggressivität nicht nur schwierig und ggf. auch unangenehm und belastend (Hirschmann 2007), sondern nahezu aussichtslos erscheinen lässt und womöglich – im Sinne einer „self-fulfilling prophecy“ – mit dazu beiträgt, dass Psychotherapien ungünstige Ergebnisse zeigen, es schwierig ist, Psychotherapeuten für Patienten mit solchen Störungsbildern zu finden, und kaum empirische Studien dazu durchgeführt werden.

Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Behandlung

Voraussetzungen aufseiten des Patienten und des Psychotherapeuten

Günstige Rahmenbedingungen für die Psychotherapie dominant destruktiver Aggressivität sind aufseiten des Patienten idealiter vorhandene nichtdeviante Bezugspersonen und Eigenmotivation, die allerdings häufig nicht gegeben, sondern formal (etwa über Bewährungsaufgaben) oder sozial (etwa durch Bezugspersonen – günstigerer Fall), d. h., fremd vermittelt, ist. Voraussetzungen aufseiten des Psychotherapeuten beziehen sich minimal auf eine hinreichende Berufserfahrung und die kontinuierliche Supervision der Behandlung. Dies nicht zuletzt, um Über-

Psychotherapeut 2011 · 56:522–531 DOI 10.1007/s00278-011-0825-4
© Springer-Verlag 2011

Günter Krampen

Psychotherapie erhöhter Aggressivität. Therapieerfahrungen bei 30 Patienten und katamnestic Befunde

Zusammenfassung

Befunde einer empirischen Praxisstudie („therapeutic use study“) zu Verlauf und Effekten ambulanter Einzelpsychotherapien bei Störungen mit dem Leitsymptom einer stark erhöhten Aggressivität werden dargestellt. Die Therapien wurden von berufserfahrenen Psychotherapeuten nach dem Ansatz der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie bei einer in der Routinepraxis anfallenden Stichprobe von 30 Männern mit Störungen des Sozialverhaltens, spezifischen Anpassungsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und dissozialen Persönlichkeitsstörungen durchgeführt. Die Diagnosen erfolgten anhand klinischer Interviews nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- (ICD-)10, Anamnesen und psychometrischer Hilfsmitteln, die auch in der Prozess- und Ergebnisevaluation eingesetzt wurden. Der Therapieerfolg wurde

in einer Fünfjahreskatamnese überprüft. Die Befunde weisen auf (1) den begrenzten Nutzen psychometrischer Instrumente als diagnostische und evaluative Hilfsmittel bei Patienten mit erhöhter Aggressivität, (2) systematische Variationen von Sitzungsfrequenz und Therapeutenwechsel als günstige Therapieverlaufsmerkmale sowie (3) günstige Therapieergebnisse nach subjektiven und nach externen „Outcome“-Kriterien, die katamnestic stabil bleiben, hin. Empfehlungen für die Behandlung erhöhter Aggressivität in der psychotherapeutischen Praxis werden gegeben.

Schlüsselwörter

Verhaltensstörungen · Störungen des Sozialverhaltens · Psychotherapie · Behandlungsergebnis · Follow-up-Studien

Psychotherapy of strong aggressiveness. Therapeutic experiences with 30 outpatients and follow-up results

Abstract

Results of a therapeutic use study on processes and outcomes of individual psychotherapy of patients with dominant symptoms of aggressive and antisocial behaviour are presented. General and differential psychotherapies were implemented by experienced psychotherapists in an unselected sample of 30 males with conduct disorders, specific adjustment disorders, impulse disorders and antisocial personality disorders. Diagnoses and evaluations were made with reference to ICD-10, patient histories and psychometric instruments. Post-treatment follow-up was implemented 5 years after treatment termination. The results point at (1) the limited

value of psychometric instruments for diagnosis and evaluation, (2) the value of systematic variation in psychotherapeutic processes including frequencies of sessions and alternation of therapists and (3) positive psychotherapeutic outcome referring to subjective as well as objective outcome criteria. Suggestions for the treatment of strong aggressiveness in psychotherapeutic practice are given.

Keywords

Conduct disorder · Antisocial personality disorder · Psychotherapy · Treatment outcome · Follow-up studies

tragungsphänomene beizeiten erkennen und ggf. therapeutisch nutzen zu können sowie Gegenübertragungen zu verhindern. Gefahren spezifischer Gegenübertragungen bei der Behandlung aggressiver und antisozialer Patienten werden von Strasburger (2001) etwa mit Verletzungs- oder Schadensängsten, Hilflosigkeit und Schuldgefühlen, professionellen Identitätsverlusten und Misserfolgsängsten, Verleugnungen von Gefahren und Ablehnungen des Patienten beschrieben.

Multifaktorielle Ätiologie – multidimensionale Behandlung

In einem rezensenten Übersichtsbeitrag zur Ontogenese aggressiven Verhaltens und von Gewalt kommen Cierpka et al. (2007) zu dem Fazit, dass nach dem aktuellen Kenntnisstand von ihrer multifaktoriellen Bedingtheit auszugehen ist und daher mehrdimensional ausgerichtete Interventionen erforderlich sind. Gefordert ist somit weniger ein in sich geschlossenes psychotherapeutisches Behandlungsverfahren als vielmehr ein breiteres therapeutisches Spektrum, nach dem Interventionsmethoden und -techniken aus unterschiedlichen Therapieverfahren („Schulen“) flexibel und dabei möglichst nach rationalen adaptiven Indikationsstellungen im Therapieprozess eingesetzt werden können.

Einen entsprechenden Rahmen bietet der Ansatz der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie, so wie er etwa von Grawe et al. (Grawe 1998; Grawe et al. 1994; Krampen 2001) im deutschsprachigen Bereich bekannter gemacht wurde, der auch auf psychopharmakologische Behandlungen (etwa bei Extremfällen explosibler Störungen; Fava 1997) ausgeweitet werden kann (Krampen 2001; Krampen 2002). Die Pharmakabehandlung fokussiert dabei etwa den therapeutischen Wirkfaktor der Hilfe zur *aktiven Problembewältigung*, der im allgemeinen Wirkfaktorenmodell gleichberechtigt neben denen der *motivationalen Klärung* sowie der *therapieinternen und -externen Beziehungsgestaltung* (mit den Facetten der Ressourcenaktivierung und der Problemaktualisierung) steht. Grundgedanke des Ansatzes ist, dass jede Form effektiver Behandlung minimal auf diesen Wirk- und Effektfak-

toren basiert. Sie sind am gesamten therapeutischen Prozess mit unterschiedlichem Gewicht beteiligt, wirken dabei stetig zusammen und sind gemeinsam für Therapieerfolge verantwortlich. Diese Wirkfaktoren sind daher nicht nur am Behandlungsbeginn für die differenzielle Indikationsstellung und Therapieplanung, sondern auch in allen Phasen des Therapieprozesses für die adaptive Indikation relevant (Krampen 2002).

Das therapeutische Vorgehen sollte Methoden und Techniken der kognitiv-behavioralen Psychotherapie (Bennett u. Gibbons 2000; Lösel u. Beelmann 2003), der psychodynamischen Therapie (von Held 1987) und der Entspannungstherapie (Krampen 1998; Sanderlin 2001) umfassen, da in der Fachliteratur (mehr oder weniger überzeugende) Hinweise auf ihre Wirksamkeit bei aggressiven Patienten vorliegen. Das therapeutische Spektrum sollte zudem im Einzelfall offen für andere Interventionen sein, die zielgerichtet im therapeutischen Prozess für den Aufbau prosozialen Verhaltens (Eisert 1986; Sanderlin 2001) und der Impulskontrolle (von Held 1987) sowie die Reduktion des psychophysiologischen Erregungsniveaus (Krampen 1998; Sanderlin 2001) eingesetzt werden können. Nach den vorliegenden Erfahrungsberichten ist dabei insbesondere auf den Transfer von Fortschritten im Therapiesetting auf den Alltag – etwa durch den Einsatz von „Self-monitoring“-Techniken – zu achten, der durch den punktuellen, ggf. auch kontinuierlichen Einbezug relevanter Bezugspersonen (Imbach 1999; Morrison et al. 2002; Paris 2004; Weiss et al. 2005) als Reflexionshilfen und „Supervisoren“ des Patienten im Sinne „therapeutischer Begleiter“ begünstigt werden kann.

Studie

Behandlungskonzept

Das Konzept für die Behandlung erhöhter Aggressivität wurde auf der Basis von Erfahrungen mit Einzelfällen (Krampen 2001) entwickelt und in einer kollegialen Supervisionsgruppe eingeführt und diskutiert. Es bezieht sich auf ein breites Spektrum psychotherapeutischer Methoden und Techniken, die nach den Prin-

zipien der differenziellen und adaptiven Indikation flexibel auf den Einzelfall abgestimmt werden und für ergänzende Maßnahmen offen sind. Die konzeptuelle Basis ist der oben skizzierte Ansatz der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie, der u. a. mithilfe der darauf ausgerichteten *Stundenbogen für die Allgemeine und Differenzielle Einzelpsychotherapie* (Krampen 2002) eine rationale Behandlungszuweisung und -anpassung im therapeutischen Prozess ermöglicht.

In der *Beziehungsperspektive* steht die aktive Klärung der therapeutischen Arbeitsbeziehung, einschließlich der persönlichen Distanzierung des Therapeuten, im Vordergrund, die Aktivierungen vorhandener sozialer und/oder personaler Ressourcen sowie die Problemaktualisierung über eine systematische Verstärkung des sozialen Drucks einschließt. In der *Problemlösungsperspektive* ist der Aufbau sozialer Fertigkeiten mit dem Abbau antisozialen, aggressiven Verhaltens ebenso vorgeschaltet wie die Vermittlung von Entspannungstechniken zur Reduktion psychophysiologischer Erregbarkeit und zur Verbesserung der Impulskontrolle. Unter der *Klärungsperspektive* wird mit aktualgenetischen Rekonstruktionen kritischer Situationen, biografischen Rekonstruktionen (Störungsmodelle) sowie Reflexionen zur Lebensplanung und Perspektivenentwicklung gearbeitet. Gegebenenfalls sind Übungen zur Verbesserung der Selbstreflexivität vorzuschalten. Gearbeitet wird v. a. mit Therapie- methoden und -techniken aus den Bereichen der Entspannungstherapie (progressive Relaxation, autogenes Training), der psychodynamischen Therapie (freies und gebundenes Assoziieren, dialogische Ein-sichtsförderung zur Konfliktbewältigung, fokalthera-peutisches Vorgehen, Nutzung von Übertragungsprozessen) und der kognitiv-behavioralen Psychotherapie (kognitive Umstrukturierungstechniken, Vermittlung plausibler Handlungs- und Störungsmodelle, operante und respondente Methoden, Therapieverträge). Falls im Einzelfall möglich und indiziert, können Elemente aus dem systemischen Vorgehen (Visualisierungsaufträge zur Verbesserung sozial-interaktiver Bedeutungsgebungen, systemische Delegationstechniken) und aus dem klienten-

zentrierten Therapieansatz (nichtdirektives Vorgehen zur Ressourcenaktivierung, prozessleitende Unterstützung bei der Inkongruenzbewältigung, „focusing“ diffuser bzw. verleugneter Emotionen) hinzutreten, was ebenso für den Einsatz therapeutischer „Hausaufgaben“, Rollenspiele sowie Selbst- und Fremdbeobachtungsübungen gilt.

Aufgrund früherer Erfahrungen aus Psychotherapien von Patienten mit erhöhter Aggressivität (Krampen 2001) wurden für den Therapieprozess zudem *gezielte Therapeutenwechsel* bei Therapie-stagnationen auf allen 3 therapeutischen Wirkfaktoren und bei Anzeichen von Gegenübertragungen sowie *variable Sitzungs-frequentierung* vorgesehen. Dies gilt auch für den ggf. zunächst virtuellen, wenn möglich zeitweise realen Einbezug minimal einer nichtdevianten Bezugsperson des Patienten in die Therapie. Ebenso wie die oben benannten Therapiemethoden und -techniken wird dies im Therapieprozess auf der Basis adaptiver Indikationsstellungen unter Bezug auf die Wirkfaktoren der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie umgesetzt, wobei Reflexionen in der kollegialen Supervision handlungs- und damit therapiel-eitend sind.

Psychotherapeuten

Die Einzelpsychotherapien wurden in der ambulanten Praxis von 5 psychologischen Psychotherapeuten (Berufserfahrung: 12 bis 27 Jahre) im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt und abgerechnet. Alle beteiligten Psychotherapeuten waren am Ansatz der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie orientiert und verfügten neben Fachkundenachweisen in „Verhaltenstherapie“ (n=4) und/oder „tiefenpsychologisch fundierter Therapie“ (n=3) über Zusatzqualifikationen in klientenzentrierter Psychotherapie (n=3), systemischer Psychotherapie (n=2), Hypnotherapie (n=2) und/oder systematischen Entspannungsverfahren (n=5). Im Rahmen der Studie wurden regelmäßig (minimal alle 2 Wochen) kollegiale Supervisions-sitzungen der beteiligten Therapeuten durchgeführt, an denen 2 bis 3 weitere Kollegen beteiligt waren.

Untersuchungsdesign

Die Untersuchung ist als Versorgungsforschung („effectiveness study“) einzuordnen, die der Praxiskontrolle dient und den Prinzipien einer „therapeutic use study“ folgt (Krampen et al. 2008). Eingesetzt wurde ein vorexperimentelles Ein-gruppenstudien-design mit Vor-, Zwischen- und Nacherhebungen sowie Ein- und Fünfjahreskatamnesen unter den Routinebedingungen der ambulanten psychotherapeutischen Praxis. Die Patienten wurden unter den alltäglichen Praxisbedingungen niedergelassener Psychotherapeuten konsekutiv aufgenommen, wobei wegen des naturalistischen Settings die Bildung von Kontrollgruppen nicht möglich war. Geprüft wurden somit die klinische Brauchbarkeit des Behandlungsansatzes und seine Bewährung in der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung, wodurch den Befunden hohe ökologische (externe) Validität zugesprochen werden kann, bei ihrer internen Validität allerdings Abstriche gemacht werden müssen.

Untersuchungsinstrumente

Neben der konziliarischen medizinischen Abklärung und einer biografischen Anamnese (wenn möglich unter Einschluss von Aktenanalysen und Explorationen von Bezugspersonen) umfasste die *Eingangsdiagnostik* durchgängig folgende Applikationen:

1. *Strukturiertes Klinisches Interviews* (SKID I und II; Wittchen et al. 1997) für die klassifikatorische Diagnostik nach ICD-10,
2. *Symptom-Checkliste von Derogatis* (SCL-90-R; Franke 2002),
3. *Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren* (FAF; Hampel u. Selg 1975),
4. *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar* (STAXI; Schwenkmezger et al. 1992) und
5. *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation* (Schneider et al. 1989).

Für die *Prozessevaluation* wurden neben der Aktenführung die *Stundenbogen für die Allgemeine und Differenzielle Einzel-*

psychotherapie (Krampen 2002) in der Patienten- und Therapeutenversion eingesetzt. Tonaufnahmen ausgewählter Therapiesitzungen unterstützten den Supervisionsprozess. Kontinuierlich und am Ende der Behandlung wurden von den Therapeuten zudem die Therapiefortschritte bzw. das Therapieergebnis nach den Kriterien des Aufbaus sozialer Fertigkeiten, der Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit, der Reduktion der psychophysiologischen Erregbarkeit, der Verbesserung der Impulskontrolle sowie der Reduktion spontanen und reaktiven aggressiven Verhaltens (auf der körperlichen und verbalen Ausdrucksebene) nach „verschlechtert“, „keine Veränderung“, „leichte Verbesserung“, „gute Verbesserung“ und „sehr gute Verbesserung“ klinisch beurteilt.

Nacherhebungen wurden nach dem Prinzip der indirekten Veränderungsmessung mit dem SKID, FAF und STAXI, nach dem Prinzip der direkten Veränderungsmessung mit dem *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens* (VEV, Zielke u. Kopf-Mehnert 1978) durchgeführt. Hinzu traten Ein-Item-Erhebungen bei den Patienten zur Einschätzung des Therapienutzens („Die Therapie hat mir im Umgang mit anderen und mit mir selbst ... sehr geholfen/geholfen/kaum geholfen/nicht geholfen“; „Die Therapie hat mein Leben ... sehr stark verändert/verändert/kaum verändert/nicht verändert“), die in entsprechenden Umformulierungen auch von den direkt oder indirekt in die Behandlung involvierten nichtdevianten Bezugspersonen der Patienten beantwortet wurden. Diese Fragen wurden (z. T. schriftlich-postalisch, z. T. telefonisch) in Ein- und Fünfjahreskatamnesen wiederholt und um Informationserhebungen über (1) die Straffälligkeit, (2) die berufliche Integration und (3) die soziale Integration in Familie und/oder Freundeskreis bei den ehemaligen Patienten und ihrer Bezugsperson ergänzt.

Patientenstichprobe

Die Stichprobe umfasst 30 konsekutiv im Laufe von 2 Jahren in der ambulanten psychotherapeutischen Routinepraxis aufgenommene Patienten (Zugang: 14-mal ärztliche Überweisung, 8-mal über An-

wälte/Bewährungshelfer, 8-mal Empfehlungen anderer Psychotherapeuten). Es handelt sich ausschließlich um Männer (n=28) und männliche Jugendliche (n=2) im Alter von 16 bis 56 Jahren [Mittelwert (M)=32,4 Jahre, Standardabweichung (SD) $\pm 7,3$ Jahre], von denen 16 (53%) bei Therapieaufnahme arbeitslos waren.

Nach dem SKID waren als Primärdiagnosen Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.x, n=12), Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24, n=8), Störungen der Impulskontrolle (F63.8, n=5) und dissoziale Persönlichkeitsstörungen (F60.2, n=5) in der Stichprobe vertreten. Alle Patienten wiesen minimal eine komorbide Störung auf (16-mal Substanzabusus, 14-mal Anpassungs- und Belastungsstörungen, 14-mal hyperkinetische Störungen, 10-mal affektive Störungen). Gruppenpsychotherapeutische Vorbehandlungen lagen 8-mal, einzelpsychotherapeutische einmal vor. Bei 8 Patienten war die Therapieaufnahme mit Gerichtsauflagen (aufgrund von Raub, Sachbeschädigungen und/oder Körperverletzung) verbunden.

Die persönliche Zustimmung der Patienten zur Therapieaufnahme, zu den die Therapie begleitenden diagnostischen und evaluativen Erhebungen sowie zum punktuellen Einbezug von Bezugspersonen wurde bei allen Patienten mündlich und schriftlich erhoben. Dabei wurde entsprechend zur Deklaration von Helsinki explizit darauf verwiesen, dass die Dokumentation in anonymisierter Form erfolgt und eine spätere Zurücknahme der Zustimmung zu den Erhebungen nicht zu Nachteilen in der Behandlung führt.

Ergebnisse

Eingangsdagnostik

Die Durchführung des SKID erwies sich bei allen Patienten als unproblematisch, da sie gegenüber den Patienten gut kommunizierbar war und dabei die Krankheitswertigkeit des Störungsbilds sowie den Behandlungsbedarf belegen konnte. Anamnese und Exploration sind für die Selbstdarstellungsstrategien bei allen 30 Patienten informativ, ansonsten im Vergleich zu Aktenanalysen und Auskünften von Bezugspersonen (für n=24 möglich

bei Anwalt bzw. Bewährungshelfer, Familienangehörigen oder Partnerin) eher unergiebig. In Verhaltens- und Problemanalysen dominieren Beschönigungen des eigenen Verhaltens (n=25), Strategien des „blaming the victim“ (n=24) und extern-stabile Attributionen (n=28). Die konziliari-sche medizinische Abklärung führte bei keinem Patienten zu einer bedeutsamen somatischen Diagnose und blieb damit für die Behandlung irrelevant. Im Verlauf der Behandlung wurde lediglich bei einem Patienten mit einer intermittierenden explosiblen Störung (ICD-10: F63.8) in der ärztlichen Begleitbehandlung kurzzeitig mit einer psychopharmakologischen Medikation gearbeitet, die kaum Effekte zeigte und nach 6 Wochen wegen Unverträglichkeiten abgesetzt wurde.

Das Screening zur allgemeinen Beschwerdenbelastung mit der SCL-90-R führte bei 23 Patienten durchgängig zu unauffälligen Skalenwerten (Prozentrang, PR <60), bei 4 zu einzelnen erhöhten und bei 3 zu durchgängig erhöhten SCL-Skalenwerten (PR >90). Nur bei wenigen Patienten erwiesen sich FAF und STAXI als sinnvoll interpretierbar, da 22 der Patienten auf der FAF-Skala zur Aggressionshemmung und 20 der Patienten auf der STAXI-Skala zur Ärgerkontrolle stark erhöhte Werte (PR >80) aufwiesen, die sozial erwünschtes Antwortverhalten nahelegen. Ähnliches gilt für den FMP, der sich bei allen Patienten als von massiven Antwortverzerrungen dominiert erwies. Diese Hypothese gilt auch für die mehrheitlich unauffälligen SCL-R-90-Befunde.

Behandlungsdauer und Sitzungsfrequenz

Die Einzeltherapien umfassten zwischen 32 und 115 Sitzungen (M=67, SD=11,34) und erstreckten sich auf 7 bis 19 Monate (M=12,3, SD=7,19). Prozessdiagnostisch indizierte Veränderungen der Sitzungsfrequenz waren in allen Behandlungsphasen häufig. In der Anfangsphase (1. bis 10. Woche) wurde bei 16 Patienten mit 3 bis 4 Terminen/Woche gearbeitet, bei 12 mit 2 Terminen/Woche und bei nur 2 Patienten mit einem Termin/Woche. In der Hauptphase der Behandlung variierte die Sitzungsfrequenz zwischen 3 (n=6 Patienten), 2 (n=21 Patienten) und einem

Termin/Woche (n=3 Patienten). Der Behandlungsabschluss erfolgte bei allen Patienten ausschleichend mit der Sitzungsfrequenz von einem Termin/Woche (n=21 Patienten), in etwa einem Termin/Monat (n=4 Patienten) bzw. einem Mischmodell zwischen beiden Frequenzarten (n=5 Patienten).

Therapeutenwechsel

Prozessdiagnostisch anhand der STEP-Befunde (d. h., Therapiestagnation nach allen 3 mit den STEP erfassten Wirkfaktoren) und der Reflexionen in der Supervision indizierte Therapeutenwechsel traten bei der Mehrheit der Patienten auf. Lediglich bei 3 Patienten kam es zu keinem Therapeutenwechsel. Ein Therapeutenwechsel (innerhalb der kollegialen Supervisionsgruppe) wurde bei 23 Patienten vorgenommen, davon bei 8 Patienten nach der 10. bis 15. Sitzung und bei 15 Patienten nach der 16. bis 25. Sitzung. Bei 4 Patienten waren im Verlauf der Behandlung 2 Therapeutenwechsel (jeweils in der Anfangs- und Hauptphase der Behandlung) indiziert. Alle Therapeutenwechsel wurden den Patienten gegenüber damit begründet, dass nur dadurch essenzielle Therapiefortschritte möglich seien. Von 10 der 27 betroffenen Patienten (37%) wurde der Therapeutenwechsel spontan toleriert; die Mehrheit (n=17, 63%) reagierte zunächst negativ (von verwundert bis ärgerlich, z. T. auch verbal-aggressiv). Nach dem Therapeutenübergang zeigten sich in den Therapeutenberichten bei 20 der betroffenen Patienten (74%) innerhalb von 3 bis 5 Sitzungen, bei den 7 anderen Patienten nach 8 bis 10 Sitzungen positive Effekte in einem erhöhten „involvement“ in die Therapie und einer besseren „compliance“ für therapeutische Aufgaben.

Einsatz und Effekte von Entspannungsverfahren

Nach dem Vierstufenmodell der differenziellen Indikation (Krampen 2006) von progressiver Relaxation (PR) und der Grundstufe des autogenen Trainings (AT) wurden ab der 6. bis 8. Sitzung bei 13 Patienten PR und bei 17 Patienten AT eingeführt. Bis zur 30. Sitzung konnte bei 10 Patienten für PR (77%) und bei 15 Patienten

für AT (88%) ein über Stundenbogen und Protokollbogen für den Übungstransfer (Krampen 1991) kontrollierter guter Lernerfolg beobachtet werden. Bei 6 der PR-Patienten wurde anschließend ergänzend AT mit gutem Lernerfolg eingeführt. In der Fünfjahreskatamnese gaben 16 (76%) von den insgesamt 21 Patienten, die AT gelernt hatten, und 5 (50%) von den insgesamt 10 Patienten, die PR gelernt hatten, an, die Entspannungsübungen im Alltag „einmal pro Woche oder häufiger“ anzuwenden.

Einbezug von Bezugspersonen

Bereits in der Eingangsdiagnostik war in Absprache und nach Zustimmung der Patienten bei 24 Patienten der Einbezug einer nichtdevianten Bezugsperson (6-mal Anwalt, 5-mal Bewährungshelfer, 6-mal Familienangehöriger und 7-mal Partnerin) möglich. Die jeweilige Bezugsperson wurde im gesamten therapeutischen Prozess im Therapiesetting immer wieder gezielt als virtuelle Reflexionshilfe und – auch über Hausaufgaben – als Reflexions- und Interaktionspartner außerhalb des therapeutischen Settings eingesetzt. Eine nichtdeviante Bezugsperson konnte auch bei den 6 anderen Patienten im Laufe der Therapie (spätestens nach der 15. Sitzung) hinzugezogen werden. Diese Bezugspersonen blieben bei 16 Patienten über den Therapie- und Katamnesezeitraum identisch; bei 14 Patienten traten Wechsel aus unterschiedlichsten Gründen (wie etwa Tod des Elternteils, Trennung/Scheidung, persönliche Unstimmigkeiten etc.) auf. Die jeweiligen Bezugspersonen beteiligten sich mit Zustimmung der Patienten alle(!) an den Nacherhebungen.

Behandlungsergebnisse

Nach dem SKID konnte bei 26 Patienten am Therapieende keine psychische Störung mit Krankheitswert mehr diagnostiziert werden. Bei 4 Patienten lagen Residuen vor, da einige der Symptome von antisozialen Persönlichkeitsstörungen bzw. Störungen des Sozialverhaltens – jedoch nicht Fremdaggression – Bestand hatten. Die indirekte Veränderungsmessung mit dem FAF weist bei 7 der 8 Patienten mit verwendbaren Eingangsdaten

auf produktive Veränderungen ($p < 0,01$), die mit dem STAXI bei allen 10 Patienten ($p < 0,01$), deren STAXI-Daten aus der Eingangsdiagnostik verwendbar waren, hin. Für die mit dem VEV durchgeführte direkte Veränderungsmessung liegen von 27 der Patienten statistisch bedeutsame Veränderungswerte vor ($M=194,3$, $SD=22,04$, „range“: 190,3–273,8, $p < 0,05$), die auf produktive Veränderungen verweisen. Klinische Abschlussbeurteilungen der Therapeuten auf siebenstufigen Skalen (sehr verschlechtert, verschlechtert, etwas verschlechtert, unverändert, etwas verbessert, verbessert/gut, sehr verbessert/sehr gut) belegen, dass mit dem Aufbau sozialer Fertigkeiten (bei 30 Patienten), der Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit ($n=28$), der Reduktion der psychophysiologischen Erregbarkeit ($n=26$), der Verbesserung der Impulskontrolle ($n=26$) sowie der Reduktion spontanen und reaktiven aggressiven Verhaltens (auf der körperlichen und verbalen Ausdrucksebene; $n=29$) wesentliche Therapieziele (Sanderlin 2001; von Held 1987) „gut“ oder „sehr gut“ erreicht werden konnten.

Katamnese

Alle Patienten und alle ihre jeweiligen Bezugspersonen beteiligten sich an den ein und 5 Jahre nach Therapieabschluss (schriftlich-postalisch oder telefonisch) durchgeführten Katamnesen. Aufgrund nahezu identischer katamnestischer Befunde wird hier nur über die Ergebnisse der Fünfjahreskatamnese berichtet.

Für 28 Patienten wird selbst- und fremdkatamnestisch für den Katamnesezeitraum keine *Straffälligkeit* festgestellt, was für die 8 Patienten mit der Bewährungsaufgabe Psychotherapie anhand polizeilicher Auskünfte (über Bewährungshelfer bzw. Anwälte) validiert werden konnte. Bei 25 Patienten liegt eine stabile *berufliche Integration* vor, bei 26 eine stabile *soziale Situation*, d. h., Integration in eine Familie oder einen nichtdevianten Freundes-/Bekanntkreis. Von der großen Mehrheit der Patienten und ihrer Bezugspersonen wird 5 Jahre nach der Therapie angegeben, dass „die Therapie dem Patienten im Umgang mit anderen und sich selbst ... sehr geholfen hat“ (von 25 Patienten und 23 Bezugspersonen) bzw.

„geholfen hat“ (3 Patienten, 4 Bezugspersonen). „Kaum geholfen“ wird von einem Patienten und von 2 Bezugspersonen angegeben, „nicht geholfen“ von einem Patienten und seiner Bezugsperson. Ähnlich übereinstimmend sind die selbst- und fremdkatamnestischen Daten für die Frage, ob die Therapie das Leben des Patienten verändert habe: Konsistent wird dies von 23 Patienten und ihren Bezugspersonen mit „sehr stark verbessert“ bejaht. Fünf Patienten und 6 Bezugspersonen haben mit der Antwortkategorie „verbessert“, 2 Patienten und eine Bezugsperson mit der Kategorie „kaum verbessert“ geantwortet.

Diskussion

Die Befunde zu den mittel- und langfristigen Ergebnissen einer am Ansatz der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie orientierten ambulanten Einzelbehandlung von Patienten mit psychischen Störungen, die das Leitsymptom der erhöhten Aggressivität aufweisen, stimmen optimistisch und stützen die Vermutung, dass die für solche Patienten allzu häufig gegebene ungünstige oder gar schlechte Prognose ein Mythos sein könnte. Der in der Versorgungsforschung (Effectiveness study) eingesetzte vorexperimentelle Eingruppenuntersuchungsplan sichert die externe Validität der Befunde, weist allerdings Defizite bei der Absicherung ihrer internen Validität auf. Diese Defizite werden aber etwa dadurch zumindest etwas relativiert, dass einigen der typischen, die interne Validität gefährdenden Faktoren eine geringe Bedeutung zugesprochen werden kann: So sind etwa spontane Remissionen oder Einflüsse des zwischenzeitlichen Geschehens bei hoher Aggressivität eher selten; Drop-outs sind in der vorliegenden Praxisstudie nicht aufgetreten (was hypothetisch auf das Behandlungskonzept zurückgeführt werden kann). Die Behandlungszuweisungen erfolgten nicht selektiv, sondern in einer nichtselektierten Patientenstichprobe aus der ambulanten psychotherapeutischen Routinepraxis etc. Gleichwohl sind auch hier kontrollierte Studien mit Randomisierung der Patienten wünschenswert, die jedoch in

der Anwendungspraxis nur schwer realisierbar bleiben.

Das an der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie ausgerichtete Behandlungskonzept hat sich als praktikabel und zielführend erwiesen. Durch die Orientierung an den allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren und die kontinuierliche kollegiale Supervision sind rationale differenzielle und adaptive Zuweisungen psychotherapeutischer Methoden und Techniken möglich. Als besonders bedeutsam erwiesen sich dabei:

1. im Therapieprozess mehrfach wiederholte Abfolgen:

(a) von aktiven Klärungen der Arbeitsbeziehung bei persönlichen Distanzierungen des Therapeuten mit folgenden Problemaktualisierungen,

(b) von Methoden und Techniken zum Aufbau sozialer Fertigkeiten vor solchen zum Abbau antisozialen Verhaltens und

(c) von aktualgenetischen Rekonstruktionen vor biografischen Rekonstruktionen mit danach folgenden Ansätzen zur Perspektivenentwicklung;

2. der ggf. zunächst nur virtuelle, besser reale Einbezug einer nichtdevianten Bezugsperson des Patienten;

3. die Vermittlung eines systematischen Entspannungsverfahrens zur Reduktion des psychophysiologischen Erregungsniveaus und der Impulsivität (wobei Anwendungen des AT mittel- und langfristig günstiger erscheinen als solche der PR);

4. ein flexibler Umgang mit der Frequentierung von Therapiesitzungen, wobei bei der Mehrheit der Patienten eine höher frequente Therapie sowohl in der Anfangs- als auch in der Hauptphase der Behandlung indiziert ist;

5. ein ausschleichender Behandlungsabschluss mit sorgfältiger Kontrolle von Rezidiven und Residuen;

6. ein flexibler Umgang mit Therapeutenwechsel bei Stagnationen im Therapieprozess und bei Anzeichen von Gegenübertragungen – beides reflektiert in der kollegialen Supervision.

Die Zweckmäßigkeit dieses Vorgehens in der ambulanten Einzelpsychotherapie konnte anhand von Selbsteinschätzungen der Patienten, Fremdeinschätzungen ihrer nichtdevianten Bezugspersonen, klinischen Beurteilungen und z. T. auch anhand externer Kriterien (Straffälligkeit,

Arbeitsplatz) im Sinne der Forderungen nach einer multimodalen Diagnostik und Evaluation (Scott 2001) bestätigt werden. Dabei erwies sich die klassifikatorische Diagnostik anhand klinischer Interviews bei den Patienten mit hoher Aggressivität als gut kommunizier- und durchführbar. Die allgemeine Beschwerdendiagnostik (mit der SCL-90-R) und Anwendungen psychometrischer Instrumente zur Erfassung von Therapiemotivation und Aggressivitätsfaktoren waren aufgrund von Antwortverzerrungen bei der Mehrheit der Patienten weder diagnostisch noch evaluativ ergiebig. Ähnliches gilt in probatorischen Sitzungen für freie Problembeschreibungen und Explorationen, da Patienten mit starker Aggressivität zu Beschönigungen des eigenen Verhaltens, „blaming the victim“ und extern-stabilen Kausalattributionen, also zu Antwortmustern neigen, die auf keinen Fall therapeutisch verstärkt werden sollten. Ähnliche Phänomene sind bei zu früh im Therapieprozess eingesetzten Verhaltens- und Problemanalysen zu beobachten.

Fazit für die Praxis

Ambulante Einzelpsychotherapie weist bei Patienten mit erhöhter Aggressivität nicht unbedingt eine ungünstige oder schlechte Prognose auf. Nach dem Ansatz der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie durchgeführt, genügt sie den Kriterien der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit und kann langfristig stabile Behandlungserfolge aufweisen. Bereits in der Therapieplanung sollten explizit erhöhte Sitzungsfrequenzen und auch Therapeutenwechsel berücksichtigt werden, die ebenso wie spezifische psychotherapeutische Methoden und Techniken nach den Prinzipien der adaptiven Indikation gezielt eingesetzt werden sollten. Für die differenzielle und adaptive Indikation dieser therapeutischen Maßnahmen ist nach eigenen Erfahrungen eine kontinuierliche kollegiale Supervision gerade bei der Behandlung von Patienten mit erhöhter Aggressivität unbedingt erforderlich, um Gefahren von Gegenübertragungen erkennen und Therapiestagnationen realistisch einschätzen zu können, und dadurch zielführend.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Günter Krampen
Abteilung Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Wissenschaftsforschung,
Fachbereich I – Psychologie, Universität Trier
54286 Trier
krampen@uni-trier.de

Interessenkonflikt. Der Autor versichert, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Beelmann A (2003) Effektivität behavioraler Elterntrainingsprogramme. *Psychol Erzieh Unterr* 50:310–323
- Bennett DS, Gibbons TA (2000) Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior. *Child Fam Behav Ther* 22:1–15
- Brezinka V (2002) Verhaltenstherapie bei Kindern mit aggressiv-dissozialen Störungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 30:41–50
- Cierpka M, Lück M, Strüber D, Roth G (2007) Zur Ontogenese aggressiven Verhaltens. *Psychotherapeut* 52:87–101
- D’Silva K, Duggan C, McCarthy L (2004) Does treatment really make psychopaths worse? A review of evidence. *J Personal Disord* 18:163–177
- Eisert HG (1986) Störungen des Sozialverhaltens. In: Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg) *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Enke, Stuttgart, S 126–132
- Fava M (1997) Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr Clin North Am* 20:427–451
- Franke G (2002) Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R). Beltz, Weinheim
- Grawe K (1998) *Psychologische Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel*. Hogrefe, Göttingen
- Hampel R, Selg H (1975) Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF). Hogrefe, Göttingen
- Hirschmann A (2007) Mordphantasien oder Mordpläne? Über Probleme im therapeutischen Umgang mit Fremdaggressionen. *Psychotherapeut* 52:218–222
- Imbach L (1999) Kognitive Verhaltenstherapie bei einem Jugendlichen mit dissozialem Verhalten. *Psychol Erzieh Unterr* 46:65–74
- Krampen G (1991) Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA). Hogrefe, Göttingen
- Krampen G (1998) Einführungskurse zum Autogenen Training, 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Krampen G (2001) Differentialdiagnostik sowie allgemeine und differenzielle Psychotherapie pathologischer Aggressivität. *Rep Psychol* 26:540–558
- Krampen G (2002) Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP). Hogrefe, Göttingen
- Krampen G (2006) Änderungssensitive Symptomliste zu Spannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen (ASS-SYM). Hogrefe, Göttingen
- Krampen G, Schui G, Wiesenhütter J (2008) Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapie-Ressourcen. *Z Klin Psychol Psychother* 37:43–51

- Lösel F, Beelmann A (2003) Effects of child skills training in preventing antisocial behavior. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 587:84–109
- Morrison GM, Robertson L, Laurie B, Kelly J (2002) Protective factors related to antisocial behaviour trajectories. *J Clin Psychol* 58:277–290
- Paris J (2004) Sociocultural factors in the treatment of personality disorders. In: Magnavita JJ (Hrsg) *Handbook of personality disorders*. Wiley, Hoboken NJ, S 135–147
- Petermann F, Warschburger P (1994) Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern und Jugendlichen. In: Petermann F (Hrsg) *Verhaltenstherapie mit Kindern*, 2. Aufl. Roettger, Baltmannsweiler, S 64–93
- Rauchfleisch U (1993) Chancen und Probleme der ambulanten Psychotherapie von Straffälligen. In: Amseil-Kainarou AS, Nelles J (Hrsg) *Forensische Psychiatrie*. Haupt, Bern, S 65–87
- Sanderlin TK (2001) Anger management counseling with the antisocial personality. *Ann Am Psychother Assoc* 4:9–11
- Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD (1992) *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)*. Huber, Bern
- Schneider W, Basler HD, Beisenherz B (1989) *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Beltz, Weinheim
- Scott S (2001) Deciding whether interventions for antisocial behavior work. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10:159–170
- Strasburger LH (2001) The treatment of antisocial symptoms: the therapist's feelings. In: Meloy JR (Hrsg) *The mark of Cain: psychoanalytic insight and the psychopath*. Analytic Press, Hillsdale NJ, S 297–313
- Held HR von (1987) *Impulsiv-dissoziale Borderline-Persönlichkeiten*. *Psychother Psychosom Med Psychol* 37:389–393
- Weiss B, Caron A, Ball S et al (2005) Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youth. *J Consult Clin Psychol* 73:1036–1044
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)*. Hogrefe, Göttingen
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Beltz, Weinheim

Hier steht eine Anzeige.

