

»Ich werde mehr Kontakte zu anderen Menschen haben können, wenn ich mich besser vor Verletzungen schützen kann, die immer bei nahen Beziehungen auftreten können.«

»Ich werde mich nicht mehr an Partner klammern, die mich verachten und misshandeln, sobald ich das Alleinsein besser ertragen kann.«

»Ich werde mir auch in Situationen, in denen ich mich allein gelassen fühle, keine Verletzungen mehr zufügen, weil ich daran arbeite, eine Überflutung durch negative Emotionen zu verhindern.«

»Ich könnte leichter einen Partner finden, wenn ich nicht mehr fürchten muss, in einer nahen Beziehung meine Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu verlieren.«

Auch die positive Funktion des Symptoms kann in die Fokusformulierung integriert werden. Eine allgemeine Form dieser Fokusformulierung könnte z. B., in Anlehnung an Kämmerer (1999), wie folgt lauten:

»Meine Symptome helfen mir, meine Affekte wahrzunehmen, wenn ich... (Konfliktbeschreibung oder fehlende Bewältigungsmechanismen im Konflikt), bis ich es wage,... (Veränderungen als Lösung aus dem Konflikt).«

So kann konkret beispielsweise ein Fokus formuliert werden:

Meine Schmerzen helfen mir, meine Gefühle von Scham, Wut und Enttäuschung wahrzunehmen, wenn ich mich in Beziehungen abgrenzen möchte, es aber nicht zu sagen wage, bis ich in der Lage bin, meine Gefühle wahrzunehmen, sie zu akzeptieren und meine Interessen in Beziehungen offen und angemessen zu vertreten.

9.7 Sollte der explizite Teil des Fokus dem Patienten mitgeteilt werden?

Es gibt unterschiedliche Auffassungen zu der Frage, ob der erste, explizite Teil der Fokusformulierung – sei es in der »klassischen« Form oder in der Form der positiven Zukunftsvision – dem Patienten mitgeteilt werden sollte oder nicht. Manche Autoren (z. B. Klüwer 1971) befürchten, dass die Mitteilung zu unnötigen Rationalisierungen führen könnte. Andere haben dagegen gute Erfahrungen damit gemacht, dem Patienten zumindest die bewussten Anteile des Fokus in einer für ihn nachvollziehbaren Formulierung mitzuteilen.

Nach unserer Auffassung haben beide Vorgehensweisen ihre Vorteile und ihre Nachteile.

- Wenn Sie dem Patienten den expliziten Teil des Fokus mitteilen, erfahren Sie dessen Reaktion auf Ihre Fokusformulierung und können sich so nochmals seiner Kooperation versichern oder aber mögliche Korrekturen der Formulierung vornehmen.
- Der Verzicht auf die Mitteilung des Fokus hätte demgegenüber den Vorteil, dass Sie freier in der Formulierung sind und auch beobachtete Aspekte der aktuellen Interaktion in die Formulierung aufnehmen könnten, die dem Patienten noch nicht zugänglich sind.

In einem unserer Beispiele wurde aufgrund der initialen Diagnostik deutlich, dass die Kopfschmerzen einer Patientin immer dann einsetzten, wenn sie mit Wünschen ihres Ehemannes nicht einverstanden war, ihm dies aber nicht mitteilte, sondern hoffte, er möge es spüren. Regelmäßig war sie enttäuscht über sein Unverständnis, zog sich zurück, litt unter den Kopfschmerzen, zweifelte an sich und konnte sich am folgenden Tag nicht auf ihre Arbeit konzentrieren.

Wenn der Zusammenhang zwischen auslösender Situation und Auftreten der Symptomatik bereits bekannt ist, könnte die Formulierung des Fokus dann – in der »klassischen« Form oder in der Form der positiven Zukunftsvision – wie folgt erläutert werden:

T: Wir haben herausgefunden, dass die Kopfschmerzen vor allem dann einsetzen, wenn Sie mit einem bestimmten Verhalten Ihres Mannes nicht einverstanden sind, ihm dies aber auch nicht sagen möchten. Sie zweifeln dann an sich, am folgenden Tag können Sie sich bei der Arbeit nicht konzentrieren. Ich möchte Ihnen daher vorschlagen, dass Sie die Therapie unter folgendes Thema stellen:

»Ich möchte herausfinden, warum ich es meinem Mann nicht sagen kann, wenn ich mit seinem Verhalten nicht einverstanden bin.«

Oder: »Ich werde es meinen Mann sagen können, wenn ich mit seinem Verhalten nicht einverstanden bin. Damit ich das schaffe, werde ich herausfinden, was mich bisher blockiert hat.«

Wären Sie damit einverstanden?

Wenn dagegen die Zusammenhänge zwischen symptomauslösender Situation und Symptomatik nicht bekannt sind, könnte die Formulierung des expliziten Teils des Fokus lauten:

T: Ich möchte Ihnen daher vorschlagen, dass Sie Ihre Aufgabe in der Therapie wie folgt formulieren: »Ich möchte herausfinden, warum ich so häufig Kopfschmerzen bekomme.«

9.8 Alternative Formen der Fokusformulierung

Zum Schluss möchten wir als alternative Formen der Fokuserwicklung noch die Vorschläge von Luborsky (1999) und von Strupp und Binder (1993) erwähnen.

Die Methode des »Zentralen Beziehungskonfliktthemas« (ZBKT) von Luborsky (1999) identifiziert aus den vom Patienten geschilderten Beziehungsepisoden drei Komponenten:

- die Wünsche, Bedürfnisse und Absichten des Patienten gegenüber einer anderen Person
- die Reaktion der anderen Person (»Reaktion des Objekts«)
- die Reaktion des Patienten darauf (»Reaktion des Selbst«)

Ein Nachteil dieses vor allem in wissenschaftlichen Kontexten verwendeten Verfahrens für die alltagspraktische Anwendung liegt in der Notwendigkeit, Verbatimprotokolle anzufertigen, aus denen die zur Fokusformulierung benötigten Beziehungsepisoden extrahiert werden. Möglicherweise kann es aber auch gelingen, die genannten Komponenten auf der Basis der klinischen Diagnostik zu erarbeiten.

• Wunsch:

Ich möchte mich im Vergleich mit anderen Menschen, besonders Männern, gleichwertig fühlen.

• Reaktion des Objekts:

Andere Menschen setzen mich herab und lassen mich spüren, wie unterlegen ich bin.

• Reaktion des Selbst:

Das macht mich depressiv.

Strupp und Binder (1993) schlagen vor, zur Formulierung eines »dynamischen Fokus« fünf strukturelle Elemente zu identifizieren,

die sich zu einem »zyklisch maladaptiven Beziehungsmuster« (Cyclic Maladaptive Pattern [CMP]; s. u.) zusammenfügen:

- die gewünschte, aber blockierte positive Reaktion anderer
- die erwartete negative Reaktion anderer
- das Verhalten des Patienten gegenüber anderen
- das Verhalten anderer dem Patienten gegenüber
- das Introjekt als Beschreibung des Umgangs des Patienten mit sich selbst

Die Strukturelemente eines »zyklisch maladaptiven Beziehungsmusters« (CMP) nach Strupp und Binder (1993)

- gewünschte, aber blockierte positive Reaktionen anderer (blockierte Wünsche)
 - der Patient wünscht sich, von bedeutsamen anderen Menschen geliebt und unterstützt zu werden
- erwartete negative Reaktionen anderer (negative Erwartungen und Befürchtungen)
 - der Patient erwartet, von bedeutsamen anderen Menschen übersehen und zurückgewiesen zu werden (so wie er sich von seinen frühen Bezugspersonen zurückgewiesen fühlte)
- Verhalten des Patienten gegenüber anderen
 - der Patient zieht sich zurück und meidet soziale Kontakte (um sich vor deren Zurückweisung zu schützen)
- Verhalten anderer gegenüber dem Patienten
 - die bedeutsamen anderen Menschen übersehen den Patienten und unterstützen ihn nicht (weil sie seine Not nicht erkennen)
- Verhalten des Patienten gegenüber sich selbst (Introjekt)
 - der Patient entwickelt das Selbstbild eines Menschen, der nicht wert ist, wahrgenommen und unterstützt zu werden

Die klinische Formulierung des CMP basiert ebenso wie das »Zentrale Beziehungskonfliktthema« Luborskys auf erzählten Beziehungsepisoden des Patienten, darüber hinaus auch auf Szenen der aktuellen Therapeut-Patient-Beziehung. Die Anfertigung von Verbatimprotokollen ist hierfür nicht notwendig.

In einer Weiterentwicklung durch Tress et al. (1996) können die Elemente des »zyklisch maladaptiven Beziehungsmusters« mit den wichtigsten frühen Beziehungserfahrungen in Verbindung gesetzt werden, wobei sich *drei Modi der Verinnerlichung früher Beziehungserfahrungen* drei Elementen des CMP zuordnen lassen:

- Durch den Modus der Identifikation mit wichtigen Bezugspersonen wird das Verhalten gegenüber anderen Personen beeinflusst: Patienten verhalten sich gegenüber anderen Menschen so, wie eine wichtige Bezugsperson sich ihnen gegenüber verhalten hatte.
- Internalisierungen prägen die negativen Erwartungen und Befürchtungen: Patienten erwarten von ihren aktuellen Interaktionspartnern die gleichen negativen Verhaltensweisen, wie sie sie bei ihren frühen Bezugspersonen erleben mussten.
- Über den Modus der Introjektion wird das Selbstbild und der Umgang des Patienten mit sich selbst, das Introjekt, geprägt: Der Patient sieht und behandelt sich so, wie er früher von seinen wichtigsten Bezugspersonen gesehen und behandelt wurde.

Die allgemeine Form des um den lebensgeschichtlichen Aspekt erweiterten »zyklisch maladaptiven Beziehungsmusters« ist in Abbildung 9-1 dargestellt.

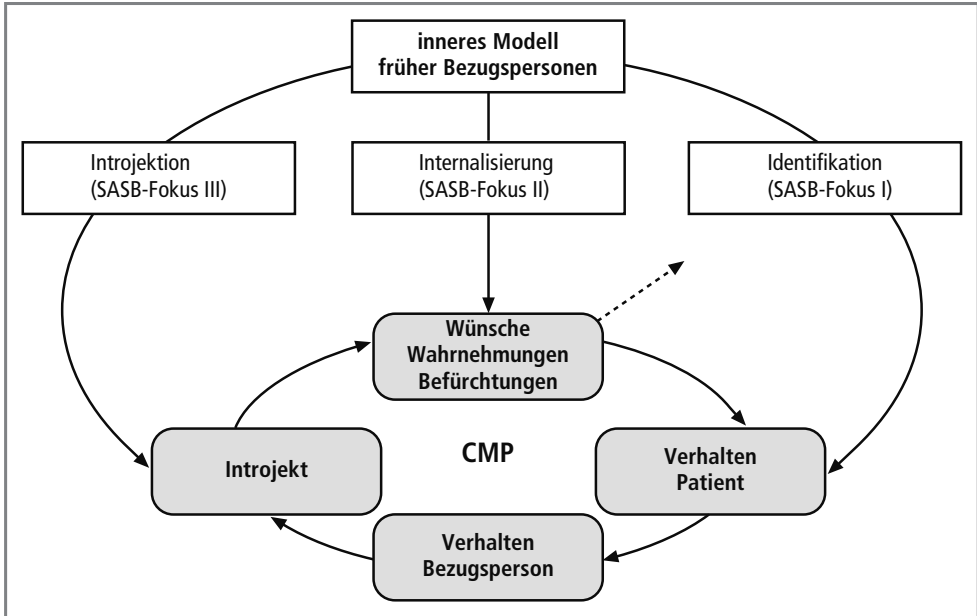


Abb. 9-1 Erweitertes »zyklisch maladaptives Beziehungsmuster« (CMP; Tress et al. 1996). SASB = Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (s. Kap. 23.10).

Weiterführende Literatur

- Ambühl H, Strauß B (1998). Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe K (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hohage R (2011). Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Behandlungsplanung – Kassenanträge – Supervision. 5. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Lachauer R (2004). Der Fokus in der Psychotherapie. 3. Aufl. München: Pfeiffer.

- Luborsky L (1999). Einführung in die analytische Psychotherapie. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Strupp HH, Binder JL (1993). Kurzpsychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tress W, Henry WP, Junkert-Tress B, Hildenbrand G, Hartkamp N, Scheibe G (1996). Das Modell des zyklisch maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). Psychotherapeut; 41: 215–24.

ihm auch bestimmte Fertigkeiten, die er aufgrund seines bisherigen Vermeidungsverhaltens nicht beherrscht.

Gelegentlich werden Sie mit Patienten zu tun haben, die sich trotz mehrfacher Aufforderung nicht zu einer Exposition gegenüber den Problem erzeugenden Bedingungen entschließen können. In diesem Falle sollten Sie die *Behandlungsmotivation* überprüfen und dem Patienten signalisieren, dass Ihre Bereitschaft zur Weiterbehandlung auch von seiner Mitarbeit abhängt. Eine solchermaßen herbeigeführte Aussprache kann der Behandlung eine neue Wende geben und neue Perspektiven auf die Problemlage des Patienten eröffnen.

25.5 Problematische Situationen und »Rückfälle« in alte Verhaltensmuster antizipieren

Patienten werden auch nach abgeschlossener Therapie mit Situationen und konflikthaften Objekterfahrungen konfrontiert sein, die potenziell geeignet sind, die bekannte Symptomatik oder zumindest schwer erträgliche Affekte auszulösen. Die Patienten sollten sich deshalb darauf vorbereiten, indem sie mögliche negative Reaktionen ihrer Interaktionspartner und den eigenen Umgang damit antizipieren lernen. Dies versetzt die Patienten in die Lage, schwierige Situationen aktiv zu handhaben, statt ihnen passiv ausgeliefert zu sein. Patienten können angeregt werden, diejenigen *konflikthaften Beziehungssituationen*, die mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem intensiven affektiven Erleben führen werden, möglichst lebendig auszufantasieren.

T: Nach allem, was wir über die Situation an Ihrem Arbeitsplatz herausgefunden haben, ist es sehr wahrscheinlich, dass auch demnächst wieder Situationen auftreten

können, die Ihr Selbstwertgefühl bedrohen. Wie möchten Sie damit umgehen?

Sogenannte »Rückfälle« in alte Verhaltensmuster sind häufig. Zum einen sind die neuen, modifizierten Konfliktlösungen noch nicht hinreichend internalisiert, zum anderen setzen die aktuellen Bezugspersonen vielfach den neu erworbenen Verhaltensweisen Widerstand entgegen. Dies kann dazu führen, dass alte Verhaltensmuster, z.B. die alten negativen Überzeugungen, wieder mehr an Einfluss gewinnen. Mögliche »Rückfälle« in alte Verhaltensmuster sollten Sie daher geduldig durcharbeiten. Im Prozess des Durcharbeitens sollten Sie

- die alten maladaptiven Verhaltensmuster klarifizieren,
- die zugrunde liegende negative Überzeugung rekapitulieren,
- die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des neuen Verhaltensmusters erörtern und
- die Patienten anleiten, mit den entstehenden Schwierigkeiten (z.B. mit der Ablehnung durch Bezugspersonen) umzugehen.

In der *Gegenübertragung* stellen sich im Zusammenhang mit den »Rückfällen« der Patienten meist Gefühle von Ärger, Enttäuschung und manchmal auch Selbstzweifel ein.

[T:] Warum musste sie nur wieder in dieses unvernünftige Verhalten verfallen? Ich bin enttäuscht von ihr. War vielleicht meine Therapie nicht gut genug?

Bemühen Sie sich, Ihre Gegenübertragungsreaktionen wahrzunehmen und gegenüber der Tatsache eines »Rückfalls« in alte Verhaltensmuster eine möglichst neutrale Haltung einzunehmen. Sie können dann ohne kritische oder

vorwurfsvolle Haltung die Entstehungsgeschichte des »Rückfalls« explorieren.

(Eine Patientin, die sich stets gefügt hatte, nur für die Bedürfnisse anderer da gewesen war, hat in der Therapie ein neues Selbstbewusstsein erlangt, Autonomieschritte gemacht und begonnen, mehr für sich zu sorgen. Die aktuellen Bezugspersonen beginnen, befremdet zu reagieren, ihr Vorwürfe zu machen.)

T: Sie haben sich erneut untergeordnet und Ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse gegenüber den Interessen der anderen zurückgestellt, wie früher. Es scheint, als seien Sie in Ihr altes Muster zurückgefallen.

P: Ja, leider.

T: Nun, ich hatte Ihnen ja gesagt, dass Sie mit »Rückfällen« rechnen mussten. Lassen Sie uns schauen, wie es dazu gekommen ist.

P: Ich dachte, ich kann nicht immer nur an mich denken.

T: Haben Sie denn wirklich immer nur an sich gedacht?

P: Eigentlich nicht. Trotzdem war das Gefühl wieder so da.

T: Die alte Überzeugung: Wenn ich nicht für die anderen da bin, bin ich nichts wert?

P: Im Grunde, ja. Eigentlich denke ich ja gar nicht mehr so.

T: Aber jetzt hat sich diese Überzeugung wieder durchgesetzt. Was denken Sie, hat dazu geführt?

P: Ich hatte das Gefühl, die mögen mich nicht mehr.

T: Ist es nicht verständlich, dass Ihre Mutter und Ihre Schwester nicht so begeistert sind, wenn Sie Ihre Interessen durchsetzen? Schließlich sind sie es nicht gewohnt. Das spüren Sie dann als Ablehnung.

P: Ist eigentlich verständlich.

T: Wie könnten Sie mit der Reaktion Ihrer Mutter und Ihrer Schwester fertig werden?

P: Das ist ziemlich schwer.

T: Sie werden eine Weile ihren Unmut ertragen müssen. Trauen Sie sich das zu?

P: Ich glaube, ja. Sie werden sich an meine neue Art des Umgangs zu gewöhnen haben.

Besonders gegen Ende der Behandlung sollten Sie den Patienten anleiten, die Möglichkeit von »Rückfällen« in alte Verhaltensmuster zu antizipieren. Auch hier hilft Ihnen eine gelassene und möglichst bewertungsneutrale Haltung. »Rückfälle« sind keine Katastrophen, andererseits aber auch keine Naturgesetzmäßigkeit. Einstellungen wie »Es darf unter keinen Umständen zum ›Rückfall‹ kommen« oder »Ein ›Rückfall‹ wird mit Sicherheit eintreten« sind eher hinderlich. Bei der ersteren Einstellung würde durch die katastrophisierende Haltung die Bewältigungsfähigkeit gemindert, wenn es tatsächlich zum »Rückfall« käme; die letztere Einstellung könnte zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden. Günstiger ist es, wenn Sie davon ausgehen, dass »Rückfälle« unter bestimmten Bedingungen eintreten können. Lassen Sie die Patienten diese Bedingungen konkret ausfantasieren und stärken Sie damit gleichzeitig ihre Antizipationsfähigkeit.

T: Wie müsste die Situation beschaffen sein, die dazu führt, dass Sie wieder in Ihr altes Muster verfallen?

Sie sollten vielleicht auch hervorheben, dass »Rückfälle« nicht schicksalhaft hereinbrechen, sondern das Ergebnis einer *Wahl des Patienten* darstellen. Unter ganz bestimmten Umständen entscheiden sich Patienten für ein Verhalten nach dem alten Muster, wenn sie die für das neue Verhalten erforderliche Kraftanstrengung nicht aufzubringen vermögen oder wenn die

Reaktionen der Umgebung auf das neue Verhalten ungewöhnlich schwer zu ertragen sind.

T: Es mag Situationen geben, in denen sich die neuen Verhaltensmuster nur schwer realisieren lassen. Sie werden dann möglicherweise in alte Muster zurückfallen, aber Sie müssen es nicht. Sie könnten sich Gedanken machen, wie Sie ein neues Muster auch unter erschwerten Bedingungen realisieren können.

Ein Patient sagte dazu einmal: »Man muss mehrere hundert Male die konkrete Erfahrung machen, dass man doch nicht abgelehnt wird, dann erst beginnt man, es zu glauben.«

Durcharbeiten umfasst

- wiederholte Deutung und Widerstandsarbeit
- ggf. Einfordern der aktiven Mitarbeit des Patienten
- Exposition gegenüber problematischen Situationen
- Antizipation von »Rückfällen« in alte Verhaltensmuster

25.6 Einbeziehen von Partnern und anderen Angehörigen

Partner und andere Angehörige von Patienten kennen zu lernen kann wichtig sein, um grob verzerrende Schilderungen des Patienten erkennen zu können. Darüber hinaus kann die Zusammenarbeit der Partner bzw. der Angehörigen für die Therapie von größter Bedeutung sein. Dies gilt natürlich nur, wenn der Partner bzw. die Angehörigen vom Patienten als überwiegend hilfreiche Bezugspersonen erlebt werden. Die Dinge liegen anders, wenn ein Patient beispielsweise erwägt, sich von seinem

Partner zu trennen oder wenn aversive Impulse ihm gegenüber dominieren. Im Folgenden sprechen wir vereinfachend von »Angehörigen«. Genauer müsste es heißen »primär als hilfreich erlebte Partner oder Angehörige«.

Empfehlungen im Kontakt mit Angehörigen

- Teilen Sie Angehörigen nie vertrauliches Material des Patienten mit.
- Sprechen Sie mit Angehörigen nur im Beisein des Patienten. Mit Angehörigen allein zu sprechen, sollte die Ausnahme sein und setzt das ausdrückliche Einverständnis des Patienten voraus.
- Erläutern Sie den Angehörigen das Konzept Ihrer Therapie. Sie sollen den Eindruck bekommen, dass etwas Nachvollziehbares und nichts Geheimnisvolles oder Mystisches mit dem Patienten geschieht.
- Die Angehörigen sollen sicher sein, dass ihnen nicht die Schuld an der Erkrankung des Patienten gegeben wird. Vermitteln Sie ihnen, dass Sie auch ihre Bedürfnisse sehen und wahrnehmen, dass auch sie unter den Problemen und Symptomen des Patienten leiden.

Gemeinsame Gespräche mit den Angehörigen eröffnen Ihnen folgende Möglichkeiten:

- Sie können den Angehörigen störende und schwierige Verhaltensweisen des Patienten als Folgen seiner Psychodynamik erläutern. Es kann die Zusammenarbeit der Angehörigen fördern, wenn Sie ihnen einige nachvollziehbare psychodynamische Zusammenhänge erläutern, aber stets nur dann, wenn der anwesende Patient zuvor sein Einverständnis dazu gegeben hat.
- Wenn im Laufe der Therapie bis dahin abgewehrte aggressive Impulse mobilisiert werden, kann es wichtig sein, die Koopera-

tion der Angehörigen zu erreichen. Bitten Sie sie, mögliche feindselige Reaktionen des Patienten zu tolerieren und als Ausdruck seiner Gesundung zu werten. Die Angehörigen werden diese Reaktionen umso eher tolerieren, je besser sie darauf vorbereitet sind. Würdigen Sie ihren Beitrag zum Gelingen der Therapie.

- Sie können bei Angehörigen um Verständnis für Ihren Patienten werben. Dies kann in den Augen Ihres Patienten einen Ausgleich darstellen für seine Befürchtung, Sie könnten zu viel Verständnis für die Bedürfnisse der Angehörigen entwickeln. Achten Sie sorgfältig auf mögliche Eifersuchsreaktionen der Angehörigen (v. a. des Partners) und explorieren Sie entsprechende Ängste. Stellen Sie im Zweifelsfall klar, dass in allererster Line Ihr Patient und nicht sein Partner oder seine Angehörigen Ihre volle Aufmerksamkeit und Solidarität beanspruchen können.
- Sie können den Angehörigen des Patienten Zuversicht vermitteln, dass vermutlich auch sie von der Therapie des Patienten profitieren werden. Seien Sie aber aufmerksam hinsichtlich möglicher neu entstehender Probleme für das Beziehungsgefüge im Gefolge einer Gesundung Ihres Patienten. Die Angehörigen haben sich oft schon auf eine unveränderte Rollenverteilung als Folge der krankheitsbedingten Hilflosigkeit und Abhängigkeit des Patienten eingestellt. Eine symptomatische Besserung des Patienten kann eine Bedrohung für das familiäre Gleichgewicht darstellen. Die Angehörigen können mit Verunsicherung reagieren, wenn der Patient nicht mehr das vertraute Verhalten zeigt. Zeigen Sie Verständnis für die Schwierigkeiten der Angehörigen, erläutern Sie, dass solche Schwierigkeiten bei Therapien vorkommen und vermitteln Sie ihnen die Zuversicht, dass Sie auf diese Probleme besonders achten werden.

- Ziehen Sie immer auch die Möglichkeit einer sich später anschließenden Paar- oder Familientherapie in Betracht. In manchen Fällen werden Sie den Angehörigen ebenfalls eine Psychotherapie empfehlen.
- Es ist gut, einige typische Widerstände zu kennen, die Angehörige gegenüber der Therapie Ihres Patienten haben können. Sie sollten als Ausdruck spezifischer Ängste verstanden werden, z. B. der Angst, die Therapie könne dazu führen, dass der Patient sich schließlich von seinem Partner oder von der Familie trennt. Diese Ängste sollten Sie möglichst gezielt ansprechen.

25.7 Ausbleibende Fortschritte in der Therapie

Es kommt vor, dass Patienten resigniert darüber klagen, dass kein Behandlungsfortschritt zu erkennen ist und sich das Befinden nicht nennenswert gebessert hat. In jedem Fall sollten Sie die Klagen des Patienten über einen ausbleibenden Fortschritt der Therapie ernst nehmen, auch wenn Sie selbst der Auffassung sind, dass durchaus Fortschritte erzielt wurden (s. Abb. 25-1).

Versuchen Sie sich zunächst selbst Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Therapie voranschreitet: Ist die Symptomatik rückläufig? Hat der Patient mehr Selbstvertrauen, mehr Autonomie?

Fühlt er sich zufriedener oder gibt es zumindest häufiger Phasen, in denen er zufriedener ist?

Wenn Sie der Auffassung sind, dass Fortschritte erkennbar sind, können Sie sich folgendermaßen verhalten:

- Anerkennen Sie, dass der eingetretene Behandlungsfortschritt offenbar hinter den Erwartungen des Patienten zurückgeblieben ist und dass von daher ein Gefühl der Enttäuschung eingetreten ist.

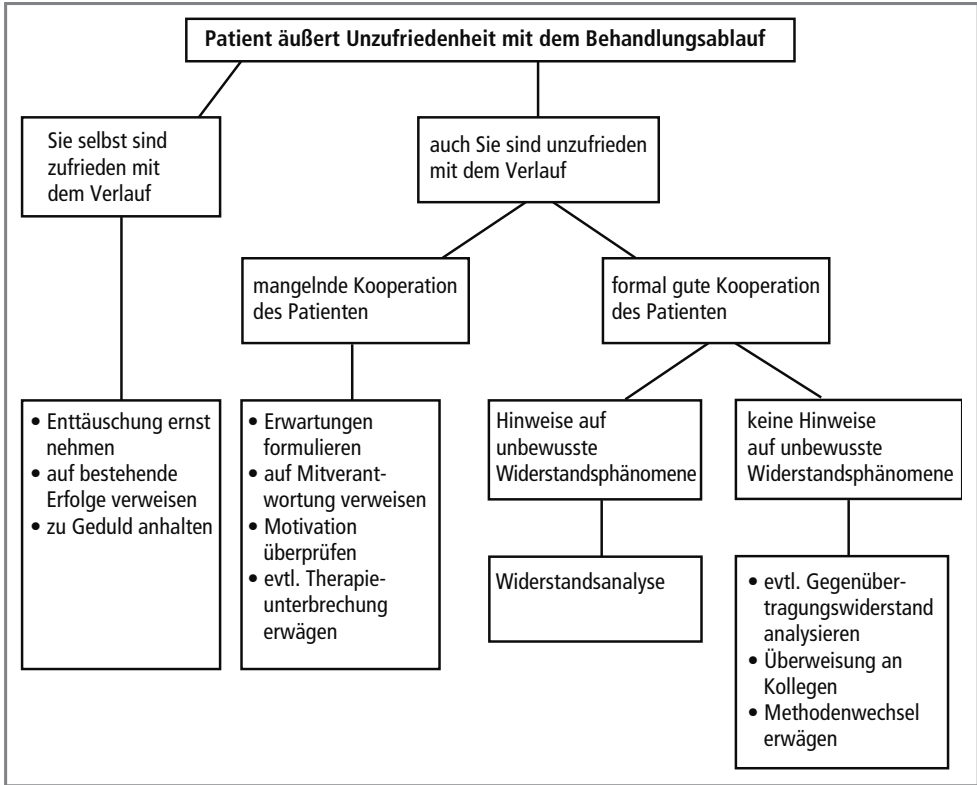


Abb. 25-1 Vorgehen bei Unzufriedenheit des Patienten mit dem Behandlungsverlauf

- Sie können auf die dennoch vorhandenen Erfolge verweisen, sollten dabei aber einräumen, dass sie geringer ausgefallen sind, als der Patient ursprünglich erhofft oder erwartet hatte.
- Ermutigen Sie zur Geduld und verweisen Sie evtl. darauf, dass Sie Patienten mit ähnlich gelagerter Problematik kennen, bei denen spürbare Erfolge auch erst nach längerer Therapiedauer eingetreten sind, und dass es sich deshalb lohnt, die Mühe der Therapie auf sich zu nehmen.

T: Sie haben das Gefühl, dass Sie überhaupt keine Fortschritte gemacht haben. Wenn

ich Ihr Befinden zu Beginn der Behandlung und jetzt vergleiche, denke ich doch, dass es einige Fortschritte gibt, z. B. (...). Ich spüre, dass Sie enttäuscht sind, weil Sie mehr Fortschritte erwartet hatten, möchte Sie aber bitten, nicht aufzugeben, sondern geduldig und beharrlich weiterzuarbeiten wie bisher. Ich bin sicher, dass es sich lohnen wird.

Oft ist es notwendig, dem Patienten zu helfen, seine unerfüllbaren Wünsche und Erwartungen an die Therapie zu betrauern. Durcharbeiten heißt insofern auch, die Enttäuschung des

35 »Es hat alles keinen Sinn mehr«

Depressive und suizidale Patienten

Johannes Kruse und Wolfgang Wöller

35.1 Klinische und psychodynamische Aspekte depressiver Störungen

In der ICD-Klassifikation wird das klinische Bild depressiver Zustände deskriptiv durch eine herabgesetzte Stimmungslage und durch Antriebslosigkeit, ferner durch Rückzugverhalten, negative Gedanken, psychomotorische Hemmung, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen sowie eine Vielzahl körperlicher Beschwerden und Funktionsstörungen gekennzeichnet. Die Gedankenwelt depressiver Patienten ist voller Minderwertigkeitsgefühle, Selbstzweifel, Gewissensbisse, Schuld- und Schamgefühle bis hin zu Selbstmordgedanken. Die Suizidalität gilt als eines der wichtigsten Symptome und sollte bei jeder Depression mitbedacht werden.

Depressive Störungen werden in der ICD-10 hinsichtlich der Schwere eingeteilt in *leicht*, *mittelgradig* oder *schwer*. Sie können als *akute Episode* oder als *lang anhaltende Zustandsbilder* (Dysthymia) in Erscheinung treten. Während die Realitätsprüfung bei den meisten Formen der Depression erhalten ist, kann sie bei den schwersten Formen der Depression, den *psychotischen Depressionen*, bis zu wahnhaften Verkennungen der Realität als Schuld-, Kleinheits-, Verarmungs- oder Versündigungswahn gestört sein. Psychotische Depressionen zeichnen sich durch eine besonders hohe Suizidgefährdung aus.

Patienten mit depressiven Störungen können im depressionsfreien Intervall psychisch weitgehend gesund sein, unter *neurotischen Konflikten* leiden oder das Bild einer *Persön-*

lichkeitsstörung präsentieren. Depressive Störungen können bei *unterschiedlich schwerer Charakterpathologie* vorkommen, angefangen von depressiven Persönlichkeiten auf höherem Niveau bis zu depressiv-masochistischen Charakterstörungen auf Borderline-Niveau. Depressive Zustände bei *narzisstischen* und *Borderline-Störungen* haben eine charakteristische Färbung mit dominierenden Gefühlen der Leere und Langeweile.

Wir wollen und können hier nicht auf die umfangreiche Literatur zu biologischen Faktoren eingehen, die im Rahmen eines multifaktoriellen Geschehens zur Entstehung depressiver Störungen beitragen, angefangen von älteren Theorien zu Neurotransmitter-Dysregulationen mit prä- und postsynaptischen Rezeptorveränderungen und ausgeprägten Störungen der zirkadianen Rhythmik bis hin zu den neueren Befunden, die eine linksseitig ausgeprägte Aktivitätsminderung von präfrontalem Kortex und Zingularkortex bei Überaktivität der Amygdala und Unteraktivität des Hippocampus (Fitzgerald et al. 2008; Hamilton et al. 2012) beschreiben. Mittels bildgebender Verfahren konnten positive Effekte unterschiedlicher Psychotherapieverfahren auf die präfrontale Aktivitätsminderung nachgewiesen werden (Buchheim et al. 2012; Kennedy et al. 2007).

Wenn wir im Folgenden auf psychodynamische Aspekte der Depression eingehen, sollten wir uns der begrenzten Reichweite psychoanalytischer Depressionstheorien bewusst bleiben. Nicht alle depressiven Phänomene

sind durch eine Bearbeitung auf einer symbolhaften Ebene verstehbar zu machen – man denke nur an die vegetativen und neuropsychologischen Störungen sowie die ausgeprägten Hemmungsphänomene bei schweren Depressionen (Böker 2003). Andererseits ist die subjektive Erlebenseite der depressiven Störungen mit ihren vorherrschenden Emotionen, den depressionstypischen Abwehrformen und den sie bedingenden aktuellen und lebensgeschichtlichen Konflikten einem psychodynamischen Verständnis sehr wohl zugänglich.

Ältere psychoanalytische Depressionstheorien hatten die Verarbeitung des Verlustes des Liebesobjektes in den Vordergrund gestellt. Freud (1917) hatte in seiner Schrift »Trauer und Melancholie« gezeigt, dass der in der depressiven Symptomatik gebundene Affekt dem unbewussten Hass auf die verlorene ambivalent geliebte Bezugsperson entspringt, der gegen die eigene Person gewendet wird. Abraham (1912) brachte die Schuldgefühle der Melancholie mit Hass- und Racheimpulsen gegenüber dem Liebesobjekt in Verbindung. Später trat die Selbstwertproblematik stärker in den Vordergrund. Auf die für depressive Patienten typischen Selbstwertkonflikte zwischen einem überhöhten Ich-Ideal und einem entwerteten Selbstbild hatte vor allem Jacobson (1977) hingewiesen.

Im Zentrum der Psychodynamik depressiver Patienten steht nach Rudolf (2003) der *depressive Grundkonflikt*, der als eine Disposition für die depressive Erkrankung angesehen werden kann. Die zentrale frühkindliche Beziehungserfahrung des depressiv-strukturierten Patienten ist die mangelnde Verfügbarkeit eines verlässlichen Gegenübers, der die interaktionellen Bedürfnisse des Kleinkindes feinfühlig beantwortet. Diese Erfahrungen des Verlassenwerdens und des Verlusts sind für den Patienten emotional unerträglich und mobilisieren den Wunsch, geliebt, versorgt

und wertgeschätzt zu werden bei gleichzeitiger Überzeugung, dass die eigenen Wünsche und Bedürfnisse enttäuscht werden. Die Patienten sind einerseits bemüht, das Objekt zurückzugewinnen, es zu idealisieren und alles zu vermeiden, was die Beziehung gefährden kann. Andererseits werden sie ständig in ihren Wünschen enttäuscht, da die erwachsenen Beziehungspartner sich nicht so bedürfnisbefriedigend verhalten. Der *Hass auf das versagende Objekt* kann wegen der gleichzeitig bestehenden Versorgungs- und Abhängigkeitswünsche nicht erlebt und geäußert werden. Auf der Beziehungsebene herrscht somit der Wunsch nach einer nur guten, harmonischen Beziehung vor, wobei sich der andere verfügbar und bedürfnisbefriedigend verhalten soll. Dieser Wunsch kann so drängend werden, dass sich auch die Selbst-Objekt-Grenzen auflösen. Erfüllt der Beziehungspartner die regressiven Wünsche nicht, so resultiert eine schmerzliche Frustrationsspannung. Diese Kränkung geht mit Enttäuschungswut einher, die jedoch nicht gegen das idealisierte Objekt, sondern gegen das Selbst gerichtet wird. Auf der Konfliktebene überwiegen daher Konflikte zwischen Autonomie versus Abhängigkeit, Autarkie versus Versorgung und Selbstwertkonflikte. Strukturell leiden die Patienten unter Schwierigkeiten im Bereich der Selbst-Objekt-Differenzierung, der ganzheitlichen Objektwahrnehmung, der Selbstwertregulation, der Affektsteuerung und der Affektdifferenzierung.

Der depressive Grundkonflikt kann von den Patienten in sehr unterschiedlicher Form bewältigt werden. *Offen abhängige Patienten* zeigen ihre Beziehungswünsche in einem ängstlich-anklammernden, unterwürfigen Verhalten. Vorwürfe und Enttäuschung gegenüber den versagenden Bezugspersonen äußern sie in einer fordernden und anklagenden Form (»depending and demanding«). Auslösend für die depressive Symptomatik ist bei diesen Patienten der drohende oder reale Verlust des

Objekts. Häufig findet sich ein altruistischer Modus der Konfliktverarbeitung. Diese Patienten sind bemüht, ihre Beziehungen in einer selbstgenügsamen und aufopfernden Haltung, der *altruistischen Abtretung*, zu sichern. Die Enttäuschung über das Objekt verkehren sie in Selbstvorwürfe. Die Orientierung an strengen Gewissensnormen und hohen Ich-Ideal-Anforderungen, die Überidentifikation mit den Bedürfnissen anderer, eine hohe Leistungsbereitschaft und ein auffallendes Fehlen von Aggression in zwischenmenschlichen Beziehungen sollen die Anerkennung und Wertschätzung anderer sichern. Fallen diese äußeren Stabilisatoren des Selbstwertgefühls weg und öffnet sich die Schere zwischen Über-Ich-Anforderungen und realer Einlösung dieser Ansprüche zu weit, droht die manifeste depressive Symptomatik. Der depressive Grundkonflikt lässt sich auch durch narzisstische Bemühungen kompensieren. Die Patienten sind dann bemüht, sich durch überzogene Leistungsanstrengungen und narzisstische Selbstüberhöhung unabhängig von der Anerkennung und Zuneigung des Objekts zu machen. Kommen jedoch immer mehr Aufgaben hinzu, sinken im Alter die körperlichen Kräfte und die körperliche Attraktivität oder erklimmen neue Arbeitskollegen am Arbeitsplatz die Aufstiegspositionen usw., so geraten diese Patienten in eine depressive Krise. Weitere Formen der Verarbeitung der depressiven Grundthematik sind der schizoide Rückzug mit Affektvermeidung und sozialem Rückzug sowie der regressive Bewältigungsstil, in dem eine heile Welt, z. B. in der Sucht, gesucht wird, da die reale Welt nicht ertragen werden kann (Rudolf u. Henningsen 2013).

Auf dem Boden des depressiven Grundkonfliktes entwickelt sich eine depressive Symptomatik, wenn die Bewältigungsbemühungen sich verbrauchen wie z. B. beim Nachlassen der Kräfte bei der altruistischen Selbstaufopferung oder wenn sich die äußere Lebenssituation

verändert und diese die Aufrechterhaltung des Bewältigungsmusters erschwert wie z. B. beim Auszug der Kinder aus dem Elternhaus.

In einigen Fällen lässt sich die depressive Reaktion als *pathologische Trauerverarbeitung* auffassen. Phänomenologisch unterscheidet sich ein normaler Trauervorgang von einer Depression nicht so sehr durch die akute Symptomatik, sondern vor allem dadurch, dass im Falle der Trauer die verlorene Person im Zentrum der Gedankenwelt steht, während der Depressive vorwiegend mit sich und seiner Selbstwert- und Schuldthematik beschäftigt ist. Der Trauernde trauert um das, was er verloren hat; der Depressive hängt dem nach, was er nicht bekommen hat (Will et al. 1998). Für eine pathologische Trauerverarbeitung spricht es beispielsweise, wenn Patienten nach dem Tode eines nahen Angehörigen keine oder kaum eine emotionale Reaktion zeigen, nicht zur Beerdigung gehen und später nicht das Grab besuchen.

35.2 Die Behandlung des Patienten in der akuten depressiven Phase

Die Akutphase mittelgradiger und schwerer depressiver Störungen erfordert meist eine *Kombination aus antidepressiver Pharmakotherapie und begleitender supportiver Psychotherapie*. Am günstigsten ist es, wenn beide Behandlungsformen in einer Hand liegen.

- In dieser Phase ist Ihre empathische Präsenz und Verfügbarkeit von allergrößter Bedeutung. Der verbale Austausch tritt in den Hintergrund; es ist nicht so wichtig, worüber gesprochen wird, sondern dass und wie gesprochen wird.
- Die Termine dürfen kürzer sein; lange Termine können einen depressiven Patienten quälen und überfordern.
- Vermeiden Sie alles, was den Patienten belasten könnte, und führen Sie alles an, was

Geleitwort

Psychoanalytische Psychotherapie wurde in älteren Beschreibungen zuweilen durch die Metapher einer »Reise ins unbekannte Land« gekennzeichnet, eine »Reise ins Unbewusste, Reise an den Ort der aufrührerischen aufständischen Triebwünsche, die man nicht vergessen kann«. Dieses Geschehen soll, wenn es in einer gelungenen therapeutischen Beziehung erst einmal begonnen hat, naturwüchsig prozesshaft ablaufen, wobei die Kunst des Therapeuten darin liegt, es im Kontakt mit dem Unbewussten des Patienten behutsam zu fördern und wenig zu stören. In diesem Bild ist es schwer vorherzusagen, wie lange die Reise dauern wird – sicher viele Jahre – und wo sie einmal zu Ende geht – das Ziel ist vorher nicht bekannt. Von möglichen Ergebnissen des Vorhabens oder gar von seiner Effektivität zu sprechen, verbietet sich angesichts der Reise-Metapher ohnehin.

Die therapeutische Kunst, wie sie in diesem Bild angedeutet wird, basiert aber letztlich auf handwerklichen Fähigkeiten der Künstler und diese wiederum auf einer wissenschaftlichen Konzeption des Vorgehens. Die tiefenpsychologische Psychotherapie ist eine bedeutsame Weiterentwicklung der Psychoanalyse und neben der Verhaltenstherapie die wichtigste Behandlungsform in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Sie beschränkt sich nicht nur darauf, therapeutische Kunst zu pflegen, sondern auch das Handwerkliche weiterzuentwickeln, das heißt die therapeutischen Ziele zu differenzieren, die zum Ziel führenden Methoden und Techniken zu verfeinern, die therapeutische Beziehung, je nach Art der Beziehungsstörung des Patienten, zu modifizieren, die Störungen sorgfältig in ihrem klinischen Erscheinungsbild und in ihren ätiolo-

gisch-pathogenetischen Wurzeln zu diagnostizieren. Die Grundlage dafür liefern vielfältige theoretische Entwicklungen innerhalb der Psychodynamik bzw. Verknüpfungen mit Theorien aus benachbarten Disziplinen (z. B. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie). Beteiligt an den Weiterentwicklungen waren in den letzten Jahren zum einen die zahlreichen tiefenpsychologisch fundierten Ausbildungsinstitute, zum anderen die psychodynamisch orientierten Kliniken. In beiden Institutionen gibt es wenig Berührungängste gegenüber »fremden« Verfahren und ein großes Interesse an störungsbezogenen Behandlungen.

Das Ergebnis der Entwicklung im Bereich der Psychodynamik beschreibt P. Fürstenau (2005) so: »Im Kontext der psychodynamischen kurz- und mittelfristigen Therapien haben wir gelernt, Übertragungsmuster schneller zu identifizieren und für die Patienten nutzbar zu machen. Wir haben die Geschicklichkeit erworben, durch Zielfokussierung mit den Klienten, ohne langwierige Regressionsprozesse Distanz zu pathologischen Einstellungen und Erprobung neuer, besserer Umgangsweisen zu erreichen. Das hat den Patienten gesündere Lebenszeit und den Kostenträgern Kostenersparnisse gebracht.«

An die Stelle des Uniformitätsmodells – ein einziger Behandlungsansatz (vom Typ »Reise ins Unbewusste«) geeignet für alle Störungen (vom Typ »unerledigte Triebwünsche«) – tritt die Logik des »What works for whom?«: Welches therapeutische Vorgehen ist für welche Störung eines Patienten nachweislich besonders geeignet? Auch die Idee vom uniformen Therapeuten gilt es aufzulösen: Wünschenswert und zurzeit noch nicht evidenzbasiert möglich ist eine Antwort auf die Frage »Wel-

che Therapeutenpersönlichkeit vermag welche therapeutische Methode bei welchem Patiententypus wirksam einzusetzen?« – eine zentrale Aufgabe für die Selbsterfahrung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung.

Bei allen genannten Differenzierungsbemühungen spielen zunehmende Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Abwägungen) zwar eine bedeutsame Rolle, aber zeitlich begrenzte fokussierte Therapien sind nicht nur wünschenswert, weil sie kostengünstig sind, sondern weil sie die Lebenszeit des Patienten berücksichtigen. Das Anliegen ist, den Patienten nicht jahrelang in eine letztlich artifizielle Beziehung einzubinden, sondern ihm mithilfe einer möglichst begrenzten effektiven Behandlung mehr Zeit und Raum für ein lebenswertes Leben zur Verfügung zu stellen.

Das vorliegende Standardwerk von hoch kompetenten Psychotherapeuten dokumentiert den aktuellen Stand der oben skizzierten therapeutischen Entwicklung im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Das geschieht einmal bezogen auf die Perspektivenvielfalt des Verfahrens und zum anderen im Blick auf die methodenspezifisch vorrangige Aufgabe des therapeutischen Fokussierens.

Vor diesem Hintergrund geleiten die Autoren die Leser Schritt für Schritt durch die unterschiedlichen Phasen einer typischen Therapie und verdeutlichen darüber hinaus die behandlungstechnischen und settingbezoge-

nen Variationen bei speziellen Störungen. Wie in keinem anderen aktuellen Buch werden die Leser anhand von therapeutischen Gesprächssequenzen mit den ganz konkreten Interventionsstrategien des Verfahrens vertraut gemacht. Auf diese Weise werden die tiefenpsychologische Therapiekonzeption und ihre störungsbezogenen Modifikationen anhand von zahlreichen klinisch plausiblen Beispielen operationalisiert und dadurch transparent gemacht.

Das Ergebnis ist ein außerordentlich praxisbezogenes Buch mit ausführlichen theoretischen Fundierungen, die den aktuellen Stand der Theorieentwicklung und des praktischen Wissens widerspiegeln. Es ist bestens geeignet für praktizierende Therapeuten, die ihre klinischen Erfahrungen anhand der vorgegebenen Konzeptualisierung reflektieren, ordnen und in Begriffe fassen können, und insbesondere für Berufsanfänger, denen ein klarer Zugang zu den Theorien und Prozessabläufen psychodynamischer Psychotherapie eröffnet wird. Mit dieser Art von Transparenz des therapeutischen Geschehens wird ein bedeutsamer Schritt getan, hin zu der wünschenswerten Entmythisierung und zu der dringend erforderlichen Verwissenschaftlichung – mit dem Ziel wissenschaftlicher Überprüfung – der psychodynamischen Psychotherapie.

Gerd Rudolf, Heidelberg