



Jacob

2. Auflage

Vorsicht Therapiefallen!

Verfahrenere Situationen
und Sackgassen in der Psychotherapie
erkennen und auflösen

BELTZ

PD Dr. Gitta Jacob
GAIA AG
Hans-Henny-Jahn-Weg 53
22085 Hamburg
E-Mail: gitta.jacob@gaia-group.com

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29188-0 Print
ISBN 978-3-621-29189-7 E-Book (PDF)

2., neu ausgestattete Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dr. Svenja Wahl
Coverbild: SensorSpot/Getty Images

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-100)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

I	Patientenfallen	13
1	Die Dependenz-Falle	15
2	Die System-als-Familienersatz-Falle	37
3	Die Verwöhntheitsfalle	55
4	Die Falsches-Setting-Falle	75
5	Die Verbitterungsfalle	87
6	Die Maligne-Narzissten-Falle	103
7	Die Nonresponse-Falle	119
II	Therapeutenfallen	133
8	Die Retterfalle	135
9	Die Idealismus-Falle	155
	Anhang	167
	Der Fallencheck – Patientenfallen	168
	Literatur	171
	Sachwortverzeichnis	172

Inhalt

I	Patientenfallen	13
1	Die Dependenz-Falle	15
1.1	Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?	19
1.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	24
1.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	27
1.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	29
2	Die System-als-Familienersatz-Falle	37
2.1	Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?	40
2.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	46
2.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	48
2.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	48
3	Die Verwöhntheitsfalle	55
3.1	Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?	58
3.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	67
3.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	68
3.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	69
4	Die Falsches-Setting-Falle	75
4.1	Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?	78
4.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	82
4.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	83
4.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	83
5	Die Verbitterungsfalle	87
5.1	Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?	89
5.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	93
5.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	95
5.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	96

6	Die Maligne-Narzissen-Falle	103
6.1	Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?	106
6.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	112
6.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	114
6.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	114
7	Die Nonresponse-Falle	119
7.1	Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?	122
7.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	127
7.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	127
7.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	128
II	Therapeutenfallen	133
8	Die Retterfalle	135
8.1	Woran können Sie diese Muster bei sich selbst oder Kolleginnen und Kollegen erkennen?	138
8.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	144
8.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	146
8.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	147
9	Die Idealismus-Falle	155
9.1	Woran können Sie diese Muster bei sich selbst oder Kolleginnen und Kollegen erkennen?	158
9.2	Welche Vorteile hat diese Falle?	162
9.3	Was sind erste Hinweise auf diese Falle?	163
9.4	Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?	163
	Anhang	167
	Der Fallencheck – Patientenfallen	168
	Literatur	171
	Sachwortverzeichnis	172

Vorwort

Die Grundlage für dieses Buch ist die Erfahrung mit Tausenden von Patientinnen und Patienten – meinen eigenen Patienten, den Patientinnen aus unseren integrierten Versorgungsprogrammen und den vielen Fällen, die ich in Supervisionen, Intervisionen und Workshops kennenlernen durfte. Außerdem sind die Arbeit und Diskussionen mit Hunderten Psychologen und Psychotherapeuten eingeflossen – in der Selbsterfahrung, der Supervision und der Aus- und Weiterbildung. Immer wieder tauchten dabei die gleichen Probleme und Blockaden in Therapien auf, die sich auch durch perfekte Anwendung von therapeutischen Techniken nicht überwinden ließen. Und immer wieder war die Metapher der »Falle« viel hilfreicher als der Versuch, es in der Therapie »noch besser« zu machen – und nicht selten auch der Hinweis auf die Lösung. Ich danke allen Patientinnen und Kolleginnen, die als Gesprächspartner zur Gestaltung dieses Buches beigetragen haben. Im Besonderen danke ich meinen geschätzten Kolleginnen Sarah Jow, Faya Kassim und Antje Radeiske für hilfreiche Rückmeldungen zum fast fertigen Manuskript – und wie immer dem Beltz Verlag, insbesondere Svenja Wahl, für die angenehme und unkomplizierte Zusammenarbeit.

Hamburg, Januar 2020

Gitta Jacob

Einleitung

Kennen Sie es, dass Sie sich schon unwohl fühlen, wenn Sie einen bestimmten Patientennamen im Kalender sehen? Vielleicht weil Sie sich in den Sitzungen so oft gleichzeitig schuldig und genervt fühlen – weil Sie das Gefühl haben, es geht dem Patienten sehr schlecht, aber Sie können ihn nicht erreichen? Oder dass Sie einfach ratlos sind, wie Sie einer Patientin weiterhelfen können? Nach der Lektüre dieses Buches fragen Sie sich in schlecht laufenden Therapien hoffentlich nicht mehr so häufig vergeblich: »Was mache ich falsch?« Stattdessen finden Sie heraus, in welcher Falle die Behandlung gerade steckt. Und dann haben Sie auch rasch eine Idee, ob es einen Weg aus der Falle gibt und wo dieser Weg lang geht!

Denn Therapien können vielen Patientinnen und Patienten sehr gut helfen. Aber manchmal helfen sie auch nicht, obwohl die Therapeutin eigentlich alles richtig macht. Ehrlich gesagt passiert das sogar ziemlich oft: Die »number needed to treat« (NNT) bei Psychotherapie – also die Anzahl an Patienten, die eine Therapie bekommen müssen, damit einem Patienten davon dadurch gut geholfen wird – liegt bei etwa 3–4 Patienten. Das ist vergleichbar mit der NNT von antidepressiven Medikamenten, also gar nicht unbedingt schlecht! Trotzdem bedeutet es, dass viele Patientinnen und Patienten gar nicht besser aus einer Therapie herauskommen, als sie hineingegangen sind.

Leider wird diese Tatsache in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung ziemlich gründlich ignoriert. Jedes Therapieverfahren suggeriert mindestens implizit, dass Therapie grundsätzlich immer hilft, wenn man es nur richtig macht – im Zweifel in kleinen oder winzigen Schritten ... Und wenn ein Patient auf die Standard-Behandlung, beispielsweise eine ganz normale Kognitive Verhaltenstherapie, nicht reagiert, dann muss ein Spezialansatz die Lösung bringen, etwa CBASP oder Schematherapie.

Dabei ist es eben fast eher die Regel als die Ausnahme, dass eine Therapie nicht anschlägt. Und manchmal lässt sich das sogar schon recht früh im Verlauf feststellen. Wenn Sie das akzeptieren und sich darauf einstellen, ist das eigentlich für alle Beteiligten ein Gewinn – für Sie selbst, weil Sie weniger Misserfolge erleben, für Ihre Patienten, weil sie nicht mehr so lange auf dem falschen Weg wandern, und letztlich für die Gemeinschaft, weil Sie Ihre therapeutischen Ressourcen effektiver einsetzen können. Denn bei Patienten, mit denen Sie feststecken, können Sie, wenn Sie die Falle verstehen, genau darauf fokussieren. Und wenn Sie feststellen, dass es keinen Weg aus der Falle geben wird, dann beenden Sie die Therapie mit gutem Gewissen und stellen Ihre Ressourcen solchen Patienten zur Verfügung, die mehr Nutzen daraus ziehen.

Zum Glück scheitern Therapien häufig nicht völlig unvorhersehbar oder zufällig. Vielmehr ist es aus der richtigen Perspektive betrachtet oft recht leicht ersichtlich, warum es nicht vorangeht – auch nicht in kleinen Schritten – und in welcher Falle Sie mit der Patientin stecken.

In diesem Buch lernen Sie die wichtigsten Fallen kennen, in die eine Therapie geraten kann. Außerdem besprechen wir, welche Wege aus der Falle führen können. Denn

aus Fallen kommt man nicht hinaus, indem man »mehr desselben macht«, also stärker zieht oder schiebt. Das Gegenteil ist der Fall: Sie müssen die Mechanik der Falle verstehen, um den Weg hinaus zu finden – oder um einzusehen, dass es wohl keinen Ausweg gibt, und dann aber auch keine sinnlose Therapie weiterzuführen.

Den Hauptteil des Buches machen die Patientenfallen aus – also Muster aufseiten der Patientinnen und Patienten, die den Therapiefortschritt blockieren (Teil I). Dabei sind aus didaktischen Gründen die verschiedenen Fallen separat beschrieben. Sie werden merken, dass bei manchen, vor allem chronisch schwer kranken Patienten, auch mehrere dieser Fallen in Kombination auftreten können. Allerdings können auch Therapeuten dazu beitragen, dass erfolglose Therapien fortgeführt werden. Deshalb werden in Teil II auch zwei Therapeutenfallen vorgestellt.

Die Fallen sind manchmal nicht ganz trennscharf – so kann eine Patientin sehr dependent sein und gleichzeitig verwöhnt, sodass sie sowohl in der Dependenz- als auch in der Verwöhntheitsfalle sitzt. Und häufig entstehen festgefahrene Situationen natürlich aus der Kombination von Therapeuten- und Patientenfallen. Eine ganz klassische Kombination in diesem Sinne ist die Verbindung der Dependenz-Falle beim Patienten mit der Retterfalle bei der Therapeutin.

Die Kapitel sind einheitlich aufgebaut: Jede Falle wird zunächst einmal zusammengefasst beschrieben, ihre wichtigsten Merkmale werden kurz dargestellt. Wichtige Verhaltensmuster von Patienten (oder Therapeuten), die in dieser Falle stecken, werden beschrieben. Anschließend besprechen wir, wie sich die Falle in der therapeutischen Beziehung zeigen kann und wie sie mit der Symptomatik der Patientin zusammenhängt. Bei manchen dieser Fallen scheinen recht typische biografische Konstellationen zu bestehen, auch darauf wird deshalb eingegangen.

In aller Regel gibt es aber auch gute Gründe, warum der Patient aktuell mit dem Therapeuten in der Falle hockt. Unter der Überschrift »Vorteile dieser Falle« wird der (Krankheits-)Gewinn dargestellt, den die jeweilige Falle dem Patienten mutmaßlich bringt.

Je später man merkt, dass man in der Falle sitzt, umso ungünstiger ist das in der Regel. Daher wird bei jeder Falle beschrieben, welche Hinweise Ihnen helfen können, die Falle möglichst frühzeitig zu identifizieren.

Die wichtigste Frage, nachdem eine Falle identifiziert wurde, ist natürlich: »Wie kommen wir da wieder hinaus?« Es liegt in der Natur von Fallen, dass ein einfaches Weiter-Laufen, Weiter-Ziehen oder Weiter-Schieben eben genau nicht dazu führt, dass sich die Falle öffnet – im Gegenteil! Man muss den Mechanismus der Falle kennen und direkt damit arbeiten, um sich aus ihr zu befreien. Wie das gehen kann, wird ausführlich behandelt. Bei den Patientenfallen werden die wichtigsten Dos und Don'ts dann noch einmal am Ende des Kapitels zusammengefasst.

Eine Anmerkung zum Gender-Mainstreaming: Der Einfachheit halber spreche ich abwechselnd von Therapeutinnen und Therapeuten bzw. Patientinnen und Patienten. Es sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

I Patientenfallen

- 1 Die Dependenz-Falle
- 2 Die System-als-Familie-Falle
- 3 Die Verwöhntheitsfalle
- 4 Die Falsches-Setting-Falle
- 5 Die Verbitterungsfalle
- 6 Die Maligne-Narzisten-Falle
- 7 Die Nonresponse-Falle

1 Die Dependenz-Falle

- 1.1 Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?
- 1.2 Welche Vorteile hat diese Falle?
- 1.3 Was sind erste Hinweise auf diese Falle?
- 1.4 Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?



1 Die Dependenz-Falle

Patienten, die mit dem Therapeuten in dieser Falle sitzen, möchten, dass andere Menschen die Verantwortung für sie und ihr Leben übernehmen. In der Regel haben sie eine Historie dependenter, d. h. abhängiger Beziehungen und leben auch aktuell in dependenten Beziehungsstrukturen. Häufig haben sie schon mehrere Therapien in Anspruch genommen, mochten alle Therapeuten sehr gerne, haben aber wenig mitgenommen. Sie wirken am Anfang oft wie mustergültige Patienten, die Arbeit mit ihnen macht Spaß, sie reagieren sehr gut auf Interventionen und binden den Therapeuten dadurch stark. Erst im Verlauf der Therapie wird der mangelnde Erfolg sichtbar. Der Therapeutin fällt es dann aber oft schwer, mit ihrer therapeutischen Aktivität »zurückzurudern«, weil die anfängliche Bindung zu stark ist und sie sich nicht traut, den einmal bereits geäußerten Optimismus zu relativieren. Einen Weg aus der Falle kann man nur finden, wenn man sich traut sie anzusprechen und die Patientin dann auch bereit ist, explizit an diesem Thema zu arbeiten.

Fallbeispiel

Margit H., 56 Jahre alt, kommt wegen Depressionen zum ersten Mal in Therapie. Den Depressionen liegt eine starke Selbstwertproblematik zugrunde. Margit verfolgt wenige eigene Interessen und hat kaum enge Freundschaften. Das wird auch durch ihre Ehe verstärkt und aufrechterhalten – ihr Ehemann ist mit vielen Menschen einschließlich des gemeinsamen erwachsenen Sohnes verstritten und erwartet hier Loyalität von seiner Frau. Margit hatte einen sehr dominanten und narzisstischen Vater. Die Prägung auf diese Beziehung hat die Partnerwahl vermutlich beeinflusst.

Die Therapeutin plant mit Margit werteorientierte Aktivierung. Hier gibt es viele Ansatzpunkte für die Patientin, beispielsweise die Kontaktaufnahme mit alten Freundinnen oder Zeit mit ihrer Enkelin zu verbringen. Zusätzlich plant die Therapeutin imaginatives Überschreiben, damit Margit sich mit der autoritären Vaterfigur auseinandersetzen und Autonomie entwickeln kann. Außerdem thematisiert die Therapeutin behutsam die eheliche Beziehung als aufrechterhaltenden Faktor. Margit stimmt dem Behandlungsplan vollumfänglich zu. Sie hat schöne Ideen, was sie alles umsetzen möchte. Die imaginativen Techniken möchte sie ausprobieren. Auch ihre Beziehung sieht sie äußerst kritisch und klagt viel über ihren Mann. Die Trennung scheint im Raum zu stehen.

Im Verlauf tut sich jedoch gar nichts. Margit setzt kaum einen ihrer Pläne um. Häufig scheint dabei eine Rolle zu spielen, dass ihrem Mann die jeweilige Unternehmung missfällt, etwa weil er die betreffende alte Freundin nicht mag, da sie sich einmal kritisch über ihn geäußert hat. Imaginative Techniken scheitern daran, dass Margit nach der Hälfte »aussteigt«, um Erinnerungen oder Bilder de-

tailreich zu erklären. Auch das Thema »Trennung« kommt nicht voran – Margit ist zwar mit ihrer Ehe hochgradig unzufrieden, leitet jedoch keine Veränderungen ein. Wenn die Therapeutin auf den mangelnden Fortschritt zu sprechen kommt, wird Margit »ganz klein und leise«. Sie schäme sich, weil sie keine Fortschritte mache. Sie wisse, dass die Therapeutin ja völlig recht habe, und wolle sich wirklich mehr anstrengen. Der Therapeutin schmilzt dabei jedes Mal das Herz. Gleichzeitig spürt sie zunehmenden Frust über den Verlauf. Sie fühlt sich insuffizient und traut sich nicht, der Patientin zu sagen, dass sie den Eindruck hat, dass die Therapie ihr nicht helfe. Dazu scheint die Therapie der Patientin zu wichtig zu sein.

Lara F., 26 Jahre, fortgeschrittene Studentin der Sozialarbeit, zeigt deutliche Züge einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und ist immer wieder verzweifelt und depressiv, häufig mit Suizidalität. Einen Suizidversuch hat sie jedoch bisher nicht unternommen. Lara hat immer dann schlechte Phasen, wenn sie von einem der regelmäßigen Besuche bei ihren Eltern zurückkehrt. Diese behandeln sie seit ihrer Kindheit äußerst schlecht. Als Kind wurde Lara viel geschlagen und massiv verbal abgewertet. Noch heute mache ihre Mutter ihr dauernd haltlose Vorwürfe und behaupte oft, dass es ihr wegen Lara sehr schlecht ginge. Lara sucht ihre Eltern immer wieder auf in der Hoffnung, dass sie sie irgendwann doch lieben würden und alles gut werden könne. In der Therapie weint sie bitterlich, wenn sich diese Hoffnung mal wieder nicht erfüllt hat.

In der Therapie wird der Fokus auf die instabile Persönlichkeit gelegt. Die Therapeutin möchte Lara als Erstes mit Skills der Dialektisch-Behavioralen Therapie stabilisieren, damit sie nicht immer wieder so starke Stimmungseinbrüche hat. Lara arbeitet im Skillstraining auch mit, allerdings wendet sie die Skills kaum an. Es ginge ihr einfach oft zu schlecht dafür. Außerdem könnten ihr Skills auch nicht über das Unglück mit ihren Eltern hinweg helfen.

Die Therapeutin versucht immer wieder zu thematisieren, wie dysfunktional Laras Beziehung zu ihren Eltern ist. Sie hält mehr Distanz für unabdingbar. Allerdings fegt Lara über diese Versuche regelrecht hinweg. Es sei für sie nicht zu ertragen, ihre Eltern infrage zu stellen. Irgendwann müsse doch alles gut werden, das sei bei anderen auch so und alles andere sei doch völlig ungerecht. Die Therapeutin müsse ihr unbedingt dabei helfen. Sie sei ohnehin ihre letzte Rettung ... Diesem dynamischen Lamento hat die Therapeutin regelmäßig wenig entgegenzusetzen.

Im Laufe der Zeit schreibt Lara zudem immer häufiger und immer längere E-Mails an die Therapeutin, in denen sie die gleichen Themen ventiliert wie in den therapeutischen Sitzungen. Sie scheint zu erwarten, dass die Therapeutin diese im Detail liest und genau im Gedächtnis behält. Die Therapeutin fühlt sich zunehmend erdrückt von Lara und weiß nicht mehr, wie sie ihr helfen soll.

1.1 Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?

Verhaltensmuster

Ein zentrales Merkmal dieser Falle besteht darin, dass die Patientin – die Betroffenen sind in der Mehrzahl weiblich – nicht wirklich bereit ist, Verantwortung für ihren Fortschritt und für therapeutische Veränderungen zu übernehmen und initiativ zu werden. Verbunden damit wird *von anderen* erwartet, dass sie sich so verhalten, dass es der Patientin besser geht. Diese »anderen« sind in erster Linie meist Menschen im Umfeld der Patienten, oft Eltern oder Partner. Allerdings neigen Menschen mit dependenten Mustern oft auch ganz generell dazu, anderen Menschen mehr Verantwortung zu geben als sich selbst.

Diese Erwartung anderen gegenüber kann ganz offensiv ausgesprochen werden. Dafür ist **Lara** ein gutes Beispiel – sie trägt die Forderung, dass ihre Eltern sich ihr gegenüber anders verhalten müssten, sehr deutlich vor. Solche Erwartungen können aber auch verhalten und eher implizit ausgedrückt werden. Das ist bei **Margit** der Fall, die stereotyp über ihren Ehemann klagt, aber eine Trennung nicht ernsthaft in Betracht zieht. Sich über jemanden aufzuregen oder zu beschweren impliziert im Grunde auch immer die Annahme, dass die Beschwerde oder der Ärger ein Ohr finden und es zu einer Veränderung kommen kann. Auch wenn das Lamento sinngemäß dauernd lautet, »Der war schon immer so schlimm und wird es auch immer bleiben«, zeigt doch das Nicht-Beenden der Beziehung, dass die Hoffnung auf Veränderung des anderen noch nicht gestorben ist.

Fallbeispiel

Die Therapeutin von **Margit H.** ist nach einigen Sitzungen etwas ermüdet von deren Klagen über ihren Ehemann. Sie konfrontiert sie deshalb zunehmend recht klar damit, dass bei diesem Partner Änderung nicht zu erwarten ist. Entsprechend sei es wenig zielführend, sich dauernd nur aufzuregen. Margit reagiert darauf ausweichend. Als erste Reaktion macht sie sich meist »klein«, beginnt zu weinen und zeigt sich unglücklich. In der Beziehung an die Therapeutin appelliert sie damit an deren Trost und emotionale Unterstützung. Als sich die Therapeutin hier einmal »verweigert«, indem sie Margit darauf hinweist, dass sie so nicht weiterkomme, äußert Margit: »Ich weiß ja, dass Sie recht haben, aber ich will es einfach nicht wahrhaben«. Dieser klaren Einsicht folgen in den nächsten Sitzungen jedoch keine Konsequenzen – sie bleibt dabei, »es nicht wahrhaben zu wollen«.

Therapiebeziehung

Die dependente Beziehungserwartung zeigt sich üblicherweise auch gegenüber dem Therapeuten. Häufig ist das zu Beginn der Behandlung aber noch nicht offensichtlich, sondern zeigt sich eher im Verlauf. Typische Hinweise darauf sind,

- ▶ dass auf den Therapeuten hohe und völlig übertriebene Erwartungen projiziert werden («Sie sind meine letzte Rettung», »Die Sitzungen bei Ihnen helfen mir immer so unglaublich gut«),
- ▶ dass die Therapie als wichtig bezeichnet wird, obwohl die Patientin keinen erkennbaren Fortschritt macht,
- ▶ dass sich der Patient Versuchen der Therapeutin, die Therapie wegen mangelnden Erfolges zu beenden, massiv und häufig auch sehr kompetent widersetzt,
- ▶ dass die Therapeutin »mit Beschlag belegt« und viel ihrer Zeit und Energie abgerufen wird, ohne dass die Unterstützung zu Veränderungen aufseiten des Patienten führt.

Fallbeispiel

Die Therapeutin von **Lara F.** konfrontiert diese zunehmend damit, dass sie nicht den Eindruck hat, dass die Therapie etwas bringe. Lara reagiert darauf äußerst dramatisch: »Sie können mich doch nicht hängenlassen, wo ich Sie so dringend brauche, es geht mir doch so schlecht!«

Margit H. betont immer wieder, dass die therapeutischen Gespräche ihr viel brächten. »So habe ich das noch nie gesehen«, »Genauso ist es bei mir«, »Sie haben das so gut verstanden, das war mir selbst noch gar nicht klar«, »Das ist genau das, was für mich gut wäre« sind typische Äußerungen, mit denen sie die Therapeutin verstärkt und in der Beziehung hält.

Die Dependenz-Falle ist sehr häufig der Grund für einen unbefriedigenden Verlauf der Behandlung. Offensichtlich fällt vielen Therapeutinnen und Therapeuten der Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten – und insbesondere die Konfrontation mit dem schlechten Therapieverlauf – besonders schwer. Diese Falle wird noch viel wirksamer, wenn die Therapeutin korrespondierend dazu selbst häufig in der Retterfalle sitzt (s. Kap. 8), die ihrerseits die häufigste Therapeutenfalle darstellt. Denn eine Therapeutin in der Retterfalle ist ganz besonders empfänglich für die Verantwortungszuweisung des dependenten Patienten. Sie möchte einfach jeden retten, auch wenn das mit Distanz betrachtet kaum funktionieren kann.

Hinweis

Achtung: Therapeuten, die selbst stark zur »Retterfalle« (s. Kap. 8) neigen, haben ein besonders hohes Risiko, mit ihren Patienten in die Dependenzfalle zu gehen.

Bezug zur Symptomatik

Wenn Menschen mit dependenten Mustern schwerere psychische Störungen aufweisen, zeigt sich häufig auch ein Zusammenhang zwischen Dependenz und Symptomen.

2 Die System-als-Familienersatz-Falle

- 2.1 Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?
- 2.2 Welche Vorteile hat diese Falle?
- 2.3 Was sind erste Hinweise auf diese Falle?
- 2.4 Wie kommen Sie aus dieser Falle wieder heraus?



2 Die System-als-Familienersatz-Falle

Bei der System-als-Familienersatz-Falle haben wir es in gewisser Hinsicht zu tun mit einer extremen Version der Dependenz-Falle. Allerdings allokatieren diese Patienten die Verantwortung für sich und ihr Wohlergehen nicht an Personen in ihrem privaten Umfeld, sondern bei Vertretern des Gesundheitssystems. Ihre Ärzte, Therapeuten oder Heilpraktiker sind ihre wichtigsten Bezugspersonen, die Erfüllung der guten Patientenrolle womöglich ihr zentraler Lebensinhalt. Sie binden ihre Behandler entweder über Appelle an deren Fürsorge und »Retterinstinkt« oder auch über Drohungen, z. B. mit Suizidalität. Der Weg aus dieser Falle hängt stark an den Ressourcen des Patienten. Wenn das Leben nicht mehr viel zu bieten hat, kommt womöglich nur die Organisation einer stützenden Betreuung in Betracht. Bei Patienten mit besseren Ressourcen kann eine klare Konfrontation manchmal die Wende bringen.

Fallbeispiel

Sonja F., 43 Jahre (s. Abschn. 1.1), hat seit über 20 Jahren die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mittlerweile verletzt sie sich nicht mehr selbst, und im Vordergrund stehen eher chronische Depressivität und hohe Selbstunsicherheit. Zudem hat sie eine erhebliche somatische Krankheitslast unter anderem mit Übergewicht, Diabetes, diversen Allergien und Fibromyalgie. Frau F. hat unzählbare psychiatrische Klinikaufenthalte hinter sich, teils akut, teils längere stationäre psychotherapeutische Behandlungen. Insgesamt haben diese immer wieder bestenfalls eine zeitlich begrenzte Stabilisierung gebracht. Sie ist fast durchgängig in ambulanter Behandlung, abwechselnd oder parallel bei Psychiatern, Psychotherapeuten oder in der psychiatrischen Institutsambulanz. Beruflich ist sie seit 15 Jahren berentet. Aktuell denkt sie seit fünf Jahren darüber nach, noch einmal ein Studium aufzunehmen. Sozial ist sie relativ isoliert; ihre Kontakte beschränken sich auf Arztbesuche und Kontakte mit Mitpatienten, die allerdings häufig problematisch verlaufen. Ihre Einzelpsychotherapie ist ihr sehr wichtig, sie kommt immer zuverlässig und pünktlich. Wenn eine Stunde ausfällt, ist es ihr sehr wichtig, dass sie nachgeholt wird. In den Gesprächen geht es um alltägliche Probleme, die immer sehr ausführlich besprochen werden müssen. Auf Versuche, solche Probleme zu normalisieren, ihr mehr Verantwortung für die Problemlösung zu geben oder gar die Therapie zu beenden, reagiert Frau P. sehr abwehrend – sie sei überfordert, brauche die Therapie unbedingt und gebe sich die größte Mühe, alles so gut wie möglich zu machen.

Karsten S., 55 Jahre, ist zum wiederholten Mal mit einer chronischen Depression und chronischen Schmerzen in stationärer Behandlung. Alle erarbeiteten Strategien aus vorherigen Behandlungen greifen nicht, weil er sie nicht anwendet. Wenn er damit konfrontiert wird, dass er so nicht vorankommen kann, wird er entweder sehr klagsam oder macht suizidale Andeutungen. Vermutlich wird seine Lernfähigkeit zudem eingeschränkt durch mittlerweile jahrelangen Konsum von Benzodiazepinen. Positive Interaktionen erlebt er eigentlich nur abends im Aufenthaltsraum mit seinen Mitpatienten. Dann lässt er sich sogar manchmal auf Gesellschaftsspiele ein und hat offensichtlich Spaß daran.

Jule Z., 21 Jahre alt, war wegen ihrer atypischen Anorexie, die schwer von einer Zwangsstörung abzugrenzen ist, schon wiederholt in stationärer Behandlung. Während sie daheim extrem zwanghaft und wenig isst, kann sie in der Klinik rasch alle Essenspläne befolgen, zeigt keine Zwänge, wirkt entspannt und es geht ihr psychisch gut. An allen Therapien nimmt sie engagiert teil und scheint sich insgesamt sehr wohlzufühlen. Wenn es an die Entlassplanung geht, wird sie jedoch regelrecht panisch und gibt an, nicht nach Hause zu können, dort würde sie sofort wieder rückfällig. Die Gründe kann sie jedoch nicht benennen und einer Arbeit an der Funktionalität der Symptome weicht sie auch dadurch aus, dass stationär gar keine Symptome sichtbar sind. Ihre Therapeuten vermuten, dass die Situation daheim extrem konfliktbehaftet ist. Der Vater wurde immer wieder als bedrohlich und aggressiv geschildert, auch die Frage nach sexuellem Missbrauch steht im Raum. Jule kann oder mag jedoch daheim nicht ausziehen, da sie sich für ihre psychisch schwer kranke jüngere Schwester verantwortlich fühlt, die ebenfalls noch zuhause wohnt.

2.1 Woran können Sie diese Patientinnen und Patienten erkennen?

Verhaltensmuster

Das wichtigste Merkmal dieser Patienten ist, dass sie viele Behandlungen aufsuchen, ohne jedoch von diesen zu profitieren. Wenn sie in der Behandlung Erfolge verzeichnen, lassen sich diese nicht übertragen auf die normale Lebenssituation. Auch wiederholte Behandlungen führen nicht zu Erfolgen.

Einige dieser Patienten zeigen sich dabei in der Therapie hoch engagiert und bemühen sich offensichtlich sehr, »gute Patienten« zu sein. Sie scheinen ihr »Recht« auf ein Verbleiben in der Behandlung auch dadurch zu sichern, dass sie sich vorbildlich verhalten. So erledigen sie Hausaufgaben sehr zuverlässig oder füllen Arbeitsblätter vorbildlich aus. Dies scheint aber eher der demonstrativen guten Therapieteilnahme zu dienen als dem Erwerb neuer Kompetenzen.