

Leseprobe aus:

Jacob, Vorsicht Therapiefallen, ISBN 978-3-621-28760-9

© 2020 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28760-9>



Jacob

Vorsicht Therapiefallen!

Verfahrenre Situationen
und Sackgassen in der Psychotherapie
erkennen und auflösen

 E-BOOK INSIDE

BELTZ

Jacob

Vorsicht Therapiefallen!

Gitta Jacob

Vorsicht Therapiefallen!

Verfahrenere Situationen und Sackgassen in der
Psychotherapie erkennen und auflösen

Mit E-Book inside

BELTZ

PD Dr. Gitta Jacob
GAIA AG
Hans-Henny-Jahnn-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 978-3-621-28760-9 Print
ISBN 978-3-621-28761-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2020

© 2020 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
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-Narzissen-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-Narzissen-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 aufrechterhaltenen 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 entgegensetzen.

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.

So können Patienten mit Angst- oder Zwangsstörung nicht ohne Begleitung oder Rückversicherung durch ihren Partner auskommen, oder Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung benötigen in Krisen intensivste persönliche Betreuung und Begleitung.

Fallbeispiel

Fallbeispiele für den Zusammenhang zwischen Dependenz und Symptomatik

Emotionale Instabilität: Lara F., die emotionale instabile Patientin aus dem obigen Fallbeispiel, zeigt dann besonders starke Symptome, wenn sie Stabilisierung und Fürsorge von ihrer Therapeutin erwartet. Das ist besonders ausgeprägt nach re-traumatisierenden Besuchen bei ihrer Familie.

Zwangsstörung: Lena K., eine 20-jährige Zwangspatientin, ist mit Zwängen dekom-pensiert, als eigentlich der erste Schritt ins berufliche Leben und die persönliche Autonomie angestanden hätten. Durch die Zwänge und damit verbundene Rück-versicherungen zwingt sie ihre Mutter, viel Verantwortung im Alltag zu überneh-men, und verweigert die Autonomieentwicklung.

Panikstörung: Petra U., 48 Jahre, hat eine chronifizierte Panikstörung. Seit Jahren kann sie viele alltägliche Erledigungen und Wege nicht mehr alleine erledigen, sondern benötigt immer die Begleitung ihres Partners. Die Beziehung ist sehr konflikthaft, die Frage der Trennung stand schon oft im Raum. Allerdings kann sich keiner vorstellen, wie Petra alleine zurechtkommen soll.

Essstörung: Pamela X., eine sehr angepasste und brave Patientin, hat während ihrer Pubertät, in der sie mit einigen widrigen Situationen konfrontiert war, eine ano-rektische Essstörung entwickelt, die exazerbiert, als sie sich nach dem Abitur be-ruflich orientieren und selbstständig werden müsste. Sie kann nur ganz bestimmte Dinge essen und die Mutter wird eingebunden, indem sie nach den genauen Re-geln der Tochter kocht, »damit sie wenigstens ein bisschen was isst«.

Bei Patientinnen mit weniger schweren Störungen, wie bei **Margit H.**, lässt sich ein solch klarer und fast plakativer Zusammenhang zwischen Symptomatik und Depen-denz nicht unbedingt finden. Allerdings ist meist ersichtlich, dass der Verstärker-verlust durch die unbefriedigenden Beziehungen, an denen im dependenten Muster festgehalten wird, mindestens einen auslösenden oder aufrechterhaltenden Faktor der Störung darstellt.

In aller Regel haben Patientinnen und Patienten mit dependenten Mustern auch einen sehr geringen Selbstwert. Die Dependenz wird oft auch durch die Angst davor aufrechterhalten, niemanden anders zu finden. Sich durchzusetzen ist schwierig, »weil ich das ja nicht verdient habe«. Allerdings lässt sich das Problem auch nicht vollständig

durch einen geringen Selbstwert erklären – denn praktisch alle depressiven Patienten haben mehr oder weniger große Selbstwertprobleme, aber längst nicht alle sind dependent.

Typischer biografischer Hintergrund für Dependenz

Biografisch scheint bei diesen Patientinnen zum einen oft die Autonomieentwicklung nicht angemessen gelaufen zu sein. Entweder wurde der Patientin schon zu früh und zu stark Autonomie übertragen, oder sie bekam zu wenig Autonomie zuerkannt. Zum anderen kann biografisch das Erleben von coabhängigen oder missbräuchlichen Beziehungen vorliegen. Allerdings mag der Betroffene dies nicht wirklich anerkennen, sondern verharret in der Hoffnung, dass sich diese Beziehungen noch irgendwie zum Besseren wenden könnten.

Zu wenig Autonomie. Manche Menschen mit dependenten Mustern scheinen als Kind und Jugendliche keine gesunde Autonomieentwicklung genommen zu haben. Sie berichten von überprotektiven Eltern, die ihnen wenig zugetraut und keine Pflichten übertragen hätten. Dadurch mussten die Betroffenen nicht lernen, altersangemessene Herausforderungen selbst zu überwinden. Stattdessen war immer jemand anderes zuständig. Dieses Muster, andere als zuständig zu betrachten und sich mangels Übung auch leicht überfordert zu fühlen, setzt sich dann fort. Man mag sich fragen, ob die Betroffenen womöglich schon als Kind labil und leicht überfordert waren – das kann es Erziehungspersonen womöglich auch besonders schwer gemacht haben, zur Autonomie anzuleiten. Letztlich ist das aber oft nicht endgültig zu klären und vielleicht auch gar nicht entscheidend.

Fallbeispiel

Carina L., eine 24-jährige Studentin mit generalisierter Angststörung und selbstunsicheren Zügen, fällt es sehr schwer, angemessen Verantwortung für aktuell anstehende Entscheidungen hinsichtlich ihres Studiums zu treffen. Sie wünscht sich offensichtlich immer, »an die Hand genommen« zu werden. Auch für alltägliche Entscheidungen, z. B. was sie anziehen oder abends zum Essen machen soll, ruft sie häufig ihre Mutter an. Die Schilderung ihrer Kindheit und Jugend legt nahe, dass die Mutter immer sehr ängstlich und besorgt war und stets bemüht, Carina zu umsorgen und ihr alle Entscheidungen und Schwierigkeiten im Leben abzunehmen.

Zu viel Autonomie. Einige dieser Patienten berichten, dass sie schon viel zu früh zu sehr auf sich alleine gestellt waren. Beispielsweise waren sie schon als Kinder für sich und ihre kleinen Geschwister zuständig, oder sie mussten schon in sehr jungen Jahren selbstständig schwierige Arztbesuche meistern. Damit einher geht oft eine starke Parentifizierung, z. B. wenn Eltern krank oder schwach waren und der Betroffene schon früh eine Versorgerrolle gegenüber dem eigenen Elternteil einnahm. Hier können

auch Überschneidungen bestehen mit der in Kapitel 2 beschriebenen Falle des Systems als Familienersatz. Denn in solchen Konstellationen bot das System der Gesundheitsversorgung womöglich schon frühzeitig eine Art Ersatzfamilie, etwa wenn sich Krankenschwestern oder Ärztinnen besorgt um das Kind zeigten, dass sich so jung schon um seine Eltern kümmern musste.

Fallbeispiel

Sonja F., eine 43-jährige Patientin mit selbstunsicherer und Borderline-Persönlichkeitsstörung, zeigt auch stark dependente Züge, insbesondere in Beziehungen innerhalb des Gesundheitssystems. Sie sucht viele Therapeuten und Ärztinnen auf, obwohl viel Therapie bisher wenig geholfen hat. Sie hat eine angeborene Sehbehinderung und musste deshalb als Kind viele augenärztliche Untersuchungen, Behandlungen und auch Operationen über sich ergehen lassen. Da ihre alleinerziehende Mutter schwer depressiv war und ihr eigenes Leben kaum bewältigen konnte, musste Sonja diese Arztbesuche schon als etwa zehnjähriges Kind oft alleine meistern. Sie berichtet vom permanenten Gefühl chronischer Überforderung in ihrer Kindheit.

Missbrauch. Manche Betroffene berichten von Missbrauch aller Art. Lara ist hierfür ein typischer Fall. Es kann sich hier um emotionalen, sexuellen, körperlichen oder verbalen Missbrauch handeln. Typischerweise kann mit diesen Erlebnissen nicht »abgeschlossen« werden. Entweder begeben sich Menschen mit dependenten Mustern immer wieder in die gleichen Situationen, die im schlimmsten Fall sogar neuen (oder eine Wiederholung des alten) Missbrauch hervorrufen. Hier wird nicht selten der Hoffnung Ausdruck verliehen, dass »der das doch nicht mehr machen darf« oder »das doch nicht mehr passieren kann«. Alternativ treten diese Menschen gegenüber Tätern vorwurfsvoll oder fordernd auf in der vergeblichen Hoffnung, der Täter müsse seine Fehler einsehen und es müsse zu irgendeiner Form der Wiedergutmachung kommen.

Coabhängigkeit. Eine Coabhängigkeit ist ebenfalls davon gekennzeichnet, dass man bei einem Partner verharret in der Hoffnung, dass man seine Abhängigkeit beeinflussen und überwinden könne. Auch hier werden das eigene Glück und Wohlergehen an das Verhalten des anderen gekoppelt. Dieses hat jedoch leider eine starke Eigendynamik und kann daher kaum beeinflusst werden. Auch hier wird die Illusion nicht aufgegeben, dass der andere sich ändern werde. Insofern besteht eine hohe Überlappung zwischen dem hier beschriebenen Konzept von Dependenz und Coabhängigkeit.

Fallbeispiel

Xenia T., eine 40-jährige Sozialarbeiterin, ist chronisch überlastet durch die Mehrfachbelastung aus Berufstätigkeit, Versorgung ihrer zwei kleinen Kinder und Fürsorge für ihren Ehemann. Dieser nutzt schon langjährig Cannabis, hat nach dem

Studium beruflich nie recht Fuß gefasst, verbringt sein Leben relativ passiv und übernimmt trotz Arbeitslosigkeit wenig familiäre Aufgaben. Xenia versucht immer wieder, ihn von beruflichen Maßnahmen oder Jobs zu überzeugen, sucht ihm Stellenanzeigen heraus, macht seine Bewerbung schön etc. Sie klammert an der Überzeugung fest, dass er sein Leben noch in den Griff bekommen wird, obwohl sie selbst aus ihrer Arbeit viele ähnliche Fälle kennt und eigentlich wissen müsste, dass seine Aussichten bei weiterem Cannabiskonsum nicht sehr optimistisch zu bewerten sind. Wenn die Therapeutin dies vorsichtig anspricht, erklärt Xenia wortreich ihre neuesten Pläne und es ist spürbar, wie sehr sie diese Einsicht vermeidet. Xenias Vater ist alkoholabhängig, ihre Eltern sind bis heute zusammen und Xenia unterstützt ihre Mutter emotional intensiv durch häufige Telefonate, in denen sie sich die Klagen der Mutter über den Vater anhört. Im Therapieverlauf ändert sich nicht viel an Xenias Symptomatik. Das ist nicht verwunderlich, da sich an der belastenden Gesamtsituation insgesamt nichts ändert.

Wir denken beim »biografischen Hintergrund« einer Problematik oft an die kindlichen und adoleszenten Entwicklungsphasen. Die Zeit des Erwachsenenalters sollte jedoch – gerade bei älteren Patienten, bei denen diese Phase schon lange andauert – nicht ignoriert werden. So sind etwa die Lernerfahrungen aus einer jahrzehntelangen Ehe wie bei **Margit** oder **Xenia** sicher auch sehr prägend und müssen als stark konditioniert betrachtet werden.

1.2 Welche Vorteile hat diese Falle?

Auf den ersten Blick wirken solche dependenten Muster oft sehr irrational, weil sich die Betroffenen damit in Situationen halten, die für sie mit viel Leid und fehlender persönlicher Entwicklung verbunden sind. Dies sticht auch dadurch ins Auge, dass über die betreffenden Beziehungen unter Umständen stark geklagt wird – wie bei **Margit H.**, die sich häufig und ausführlich über ihren Ehemann beschwert.

Allerdings haben diese Muster häufig durchaus einen hohen Verstärkerwert. Zum einen können dadurch Beziehungen aufrechterhalten werden, die ansonsten vielleicht nicht mehr tragfähig wären. Zum anderen können die Betroffenen durch das Verharren in ihrer Situation verschiedenste Illusionen aufrechterhalten und die Auseinandersetzung mit schwierigen Themen vermeiden. Sehr häufig hängen alle diese Aspekte eng zusammen.

Aufrechterhaltung dysfunktionaler Beziehungen. In fast allen Fällen halten die Betroffenen an Beziehungen fest, die nach landläufiger Einschätzung eigentlich »nichts mehr zu bieten haben«. Durch das Festhalten an diesen Beziehungen können sie z. B. sozialen und/oder finanziellen Status erhalten, müssen sich nicht mit der Unsicherheit eines neuen oder unklaren Beziehungsstatus auseinandersetzen und können ihr gewohntes Leben weiterführen. Außerdem müssen sie sich nicht dem Risiko aussetzen, alleine zu bleiben oder sich auf eine neue Beziehung einzulassen.

Fallbeispiel

Bei **Margit H.** ist dieser Verstärker besonders wirksam. Auch wenn ihre Ehebeziehung nicht mehr viele positive Seiten hat und ihre eigene Entwicklung ausbremst, erhält sie sich dadurch doch einige Vorteile. Dazu gehören finanzielle Sicherheit, Wohnen in einem schönen Haus und teure Urlaubsreisen. Zudem ist es ihr wichtig, einen Mann an ihrer Seite zu haben. Die Vorstellung, nach einer Trennung eventuell alleine zu bleiben, ist für sie sehr unangenehm.

Auch **Petra U.**, die Patientin mit chronischer Panikstörung, erhält durch die Panik eine dysfunktionale Beziehung aufrecht. Ihr macht vor allem die Vorstellung Angst, alleine zu sein und »niemanden zu haben«. Da die aktuelle Beziehung selbst wenig positive Seiten aufweist, muss sie durch die Panik erhalten werden.

Aufrechterhaltung von Illusionen, die der Realität nicht (mehr) standhalten. Mit diesen Beziehungen werden häufig auch Illusionen aufrechterhalten, von denen sich die Betroffenen nicht trennen mögen. Das kann die Hoffnung sein, dass sich der Partner oder das Elternteil doch noch ändern wird. Es kann das Festhalten an der Wunschvorstellung sein, den Richtigen geheiratet zu haben, selbst wenn die Realität das nicht hergeben mag. Nicht selten bestehen solche Illusionen schon ein Leben lang und hängen an wechselnden Personen – so mag sich ein Mensch, der schon als Kind coabhängig war, heute vielleicht nicht von der Illusion trennen, dass der aktuelle Partner noch abstinent werden wird. Gleichzeitig geht es aber irgendwie auch um die kindliche Illusion, dass sich der Vater doch ändert und nicht mehr trinkt, wenn das Kind nur lieb genug ist. Dieses lange Bestehen muss man sich klar machen, um die Hartnäckigkeit des Musters zu verstehen. Zudem haben solche Illusionen oft auch eine gewisse narzisstische Komponente. Denn es wäre natürlich großartig, wenn man es schaffen könnte, den geliebten Menschen zur Veränderung zu bewegen.

Fallbeispiel

Margit H. formuliert keine direkten Wünsche mehr an ihren Ehemann – diese wären wohl zu eindeutig schon widerlegt in dem Moment, in dem sie sie ausspricht. Aber sie hat viele Jahre ihres Lebens mit ihm verbracht und mag sich vielleicht innerlich nicht eingestehen, dass sie als junge Frau nicht den Richtigen geheiratet hat. Außerdem wollte Margit schon als Kind ihren narzisstischen, anspruchsvollen Vater zufriedenstellen und von ihm geliebt werden. Diese nie erfüllte Hoffnung hängt noch 50 Jahre später an ihrem Ehemann ...

Lara F., die junge Patientin mit emotionaler Instabilität, mag die Illusion noch nicht aufgeben, irgendwann spürbar von ihrer Familie geliebt zu werden. Es wäre einfach zu schmerzhaft, auf einmal so klar auf sich selbst gestellt zu sein.

Xenia T., die Sozialarbeiterin mit dem kiffenden Ehemann, hängt an der Hoffnung, dass er sich für sie noch ändern wird. Diese Hoffnung wird ihr schon zeitlebens von ihrer Mutter mit dem alkoholkranken Vater vorgelebt, die sich noch heute in Tiraden über ihren Mann ergeht, anstatt einzusehen, dass er sich nicht ändern wird. Die Aufgabe ihrer Illusion wäre für Xenia vermutlich auch eine herbe narzisstische Enttäuschung – schließlich hieße das, dass sie in der Wirklichkeit sehr viel weniger Macht und Einfluss hätte als in ihrer Fantasie.

Vermeidung von Trauerarbeit und anderen schwierigen Themen. Verbunden mit dem Festhalten an Illusionen werden schwierige Themen effektiv vermieden. Häufig würde eigentlich anstehen, eine bestehende Realität radikal zu akzeptieren und zu betrauern, was man alles nie bekommen hat und – ganz wichtig und besonders schwierig zu akzeptieren – von den Personen, von denen man es sich erhofft, auch nie bekommen wird.

Fallbeispiel

Lara F. vermeidet die Traurigkeit darüber, wie ihre Familie früher mit ihr umgegangen ist und weiterhin umgeht.

Margit setzt sich auch nicht der Trauer darüber aus, wie lieblos ihr Vater mit ihr umgegangen ist. Zusätzlich müsste sie sich aber auch der Traurigkeit darüber stellen, dass ihr Mann nie die Hoffnungen erfüllen wird, die sie eigentlich einmal gegenüber ihrem Ehemann gehegt hatte. Und nicht zuletzt hat er viele wichtige Menschen auch aus ihrem Leben vergrault, sogar ihren gemeinsamen Sohn. Das ist auch für Margit traurig und belastend – und die Tatsache, dass sie das hingenommen hat, zeigt, wie gering ihr Einfluss in ihrem eigenen Leben ist.

Xenia müsste sich damit auseinandersetzen, dass ihr Mann (genauso wie ihr Vater) aufgrund seiner Abhängigkeit nie der zuverlässige Partner sein wird, den sie sich wünscht – mit allen Konsequenzen, die das hat. Und das, obwohl sie sich alle erdenkliche Mühe gibt!

Vermeidung von Herausforderungen und Rollenwechseln. Gerade bei jüngeren Patientinnen haben die dependenten Muster häufig auch die Funktionalität, Rollenwechsel und die damit verbundenen Herausforderungen zu vermeiden. Hier geht es inhaltlich oft um die Entwicklung von Autonomie. Rollenwechsel von strukturierten in weniger strukturierte, autonomere Rollen sind hier die »Favoriten«. Das dependente Klammern ermöglicht ein Verharren in der vorgegebenen, strukturierten Situation, wenn auch in verzerrter Form.

Fallbeispiel

Lena K., die 20-jährige Zwangspatientin, verharnt durch ihre Zwänge und Rückversicherungen in einer abhängigen Rolle, obwohl jetzt eigentlich die Entwicklung von beruflicher Identität und persönlicher Autonomie anstünden.

Das Gleiche gilt für **Pamela X.**, die angepasste Anorexiepatientin, die ihre Mutter mit ihren Kochvorschriften bindet. Beiden macht der anstehende Rollenwechsel große Angst, die durch das Verharren in der kindlichen Rolle abgewehrt werden kann.

Verantwortungsentlastung durch Symptome. Wenn wie bei der Zwangspatientin Lena oder der Anorexiepatientin Pamela das dependente Muster mit starken Symptomen einhergeht, entlastet das zusätzlich von Verantwortung. Schließlich wollen sie ja eigentlich alles tun, was jetzt ansteht, nur ihre Symptome stehen ihnen im Weg! So sind die Symptome zwar mit starkem Leid verknüpft, aber auch ein ganz besonders wirksamer Schutz.

1.3 Was sind erste Hinweise auf diese Falle?

Patientinnen mit diesem Muster wirken zu Beginn der Therapie oft sehr motiviert, sind zuverlässig und kompliant und arbeiten gut mit. Daher entsteht in der Regel zunächst der Eindruck von Kooperation und nicht von einer Falle. Diese wird meist erst im Verlauf sichtbar. Mit einem wachen Blick für diese Falle lassen sich allerdings auch schon frühzeitig in der Therapie Hinweise darauf finden.

Multiple Vorbehandlungen ohne nennenswerte Effekte. Menschen mit solchen Mustern suchen Unterstützung, gerne auch im medizinischen oder psychologischen System, und genießen es, wenn sich jemand um sie kümmert. Daher nehmen sie oft wiederholt Psychotherapie in Anspruch. Ein früher Hinweis auf diese Falle kann also vorliegen, wenn eine Patientin bereits Vorthérapien in Anspruch genommen hat und diese positiv bewertet, obwohl sie offensichtlich nicht nachhaltig geholfen haben.

Überbewertung/Idealisierung der Therapeutin. Diese Patienten fallen möglicherweise zu Beginn der Therapie »mit der Tür ins Haus« mit massiven Erwartungen an den Therapeuten, die schmeichelhaft klingen mögen, aber sachlich nicht unbedingt gerechtfertigt sind. »Sie sind meine letzte Hoffnung« oder »Ich habe Sie sooo empfohlen bekommen« können typische Eingangs-Statements sein. Auch dadurch können diese Patientinnen zu Beginn der Therapie für die Therapeutin sehr angenehm sein. Wenn sich die Therapeutin geschmeichelt darauf einlässt, öffnet sie der Falle möglicherweise bereits einen Spalt weit die Türe.

Hohe soziale Kompetenz kontrastiert mit großen Beziehungsproblemen. Die Betroffenen sind oft sozial sehr stark. Das ist lerntheoretisch betrachtet nicht überraschend