



Leseprobe aus Jacob, Therapie-Tools Schwierige Therapieverläufe,
ISBN 978-3-621-29031-9 © 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?
isbn=978-3-621-29031-9](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-29031-9)

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	8
1 Einführung	9
2 Problematische Faktoren analysieren	11
3 Problematische Muster thematisieren: Konfrontation	48
4 Wenn Psychotherapie nicht funktioniert	75
5 Psychotherapie beenden	87
6 Training und Selbsterfahrung	101
Literatur	132

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

2	Problematische Faktoren analysieren	11
AB 1	Checkliste: Risikofaktoren für Therapie-Nonresponse	14
INFO 1	Nonresponse in Studien	17
AB 2	Checkliste: Therapiefortschritt	18
AB 3	Checkliste: geringe Ressourcen	19
AB 4	Checkliste: hohe Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten	21
INFO 2	Bedeutung des Alters für die Therapieresponse	23
INFO 3	Analyse von fehlender Verantwortungsübernahme und Dependenz	25
INFO 4	Analyse von Verbitterung	27
INFO 5	Analyse von erfolglosem oder gescheitertem Narzissmus	29
AB 5	Checkliste: destruktive Überkompensation	31
INFO 6	Analyse von Red Flags	33
AB 6	Checkliste: primärer Krankheitsgewinn	35
AB 7	Checkliste: sekundärer Krankheitsgewinn durch finanzielle Aspekte	37
AB 8	Checkliste: sekundärer Krankheitsgewinn durch soziale und praktische Aspekte	39
INFO 7	Medizinische/Biologische Gründe für Nonresponse	41
INFO 8	Vor- und Nachteile der Veränderung	42
AB 9	Was spricht für, was gegen eine Veränderung?	44
INFO 9	Hinderliche Faktoren mit der Patientin ansprechen	46
3	Problematische Muster thematisieren: Konfrontation	48
INFO 10	Grundprinzipien der Gesprächsführung bei der Konfrontation mit schwierigen Mustern	50
INFO 11	Konfrontationsstrategien im therapeutischen Gespräch	52
INFO 12	Generelle Hinweise zur Gesprächsführung bei intensiv dysfunktionalen Mustern	55
INFO 13	Stuhldialoge als Technik für die Konfrontation von hartnäckigen Mustern	57
INFO 14	Stuhldialoge zur Konfrontation: Einstiege	59
INFO 15	Stuhldialoge zur Konfrontation: Ziele	62
INFO 16	Stuhldialoge zur Konfrontation: Steuerung des Prozesses	64
INFO 17	Arbeit mit Ambivalenz bei Co-Abhängigkeit / geringer Verantwortungsübernahme	67
INFO 18	Arbeit mit Verbitterung	69
INFO 19	Arbeit mit Narzissmus	70
AB 10	Vor- und Nachteile meiner problematischen Muster	72
AB 11	Kurzfristige und langfristige Folgen meiner problematischen Muster	73
INFO 20	Die Entwicklung des Patienten über die Zeit beurteilen	74

4	Wenn Psychotherapie nicht funktioniert	75
INFO 21	Verbesserung der Verstärkerbilanz	76
INFO 22	Bedeutung von Sport und Bewegung für die psychische Gesundheit	78
INFO 23	Sozialpsychiatrische, beraterische und rehabilitative Angebote	79
INFO 24	Selbsthilfegruppen	83
INFO 25	Angebote der beruflichen Reha	84
INFO 26	Nicht-medizinische Wege zur Heilung und Weiterentwicklung	86
5	Psychotherapie beenden	87
INFO 27	Die Therapie beenden: generelle Überlegungen	89
AB 12	Die Therapie beenden: typischen Einwänden des Patienten begegnen	91
AB 13	Die Therapie beenden oder gar nicht erst aufnehmen bei Patienten mit »Red Flags«	93
INFO 28	Die Therapie begrenzen oder beenden bei erfolglosen Narzissten	96
INFO 29	Die Therapie begrenzen oder beenden bei sehr dependenten Patienten	98
INFO 30	Spezialfall stationäre Aufenthalte verhindern mit ambulanter Psychotherapie	99
6	Training und Selbsterfahrung	101
INFO 31	Kompetenzen, die gelernt und ins berufliche Selbstkonzept integriert werden müssen	104
AB 14	Merkmale erfolgreicher Therapeutinnen	106
INFO 32	Üben, üben, üben: Stuhldialoge und Konfrontation	109
AB 15	Vorbereitung mit imaginativem Probehandeln	111
INFO 33	Nutzung von Modellen und inneren Vorbildern	112
INFO 34	Selbstverstärkende Prozesse initiieren mit Wiederholung und Feedback	113
AB 16	Imagination: Welche Gefühle hindern Sie daran, die Patientin zu konfrontieren?	114
AB 17	Imaginatives Überschreiben gegen Angstgefühle	116
AB 18	Imaginatives Überschreiben gegen Schuld und übermäßige Verantwortungsgefühle	117
AB 19	Imagination »Tierübung« gegen Ängste und Unsicherheit	120
AB 20	Imagination zur Transformation von negativen Gefühlen	121
AB 21	Imagination »Verantwortung wegschicken« gegen Schuldgefühle und übermäßige Verantwortungsübernahme	122
AB 22	Kognitive Arbeit mit übermäßiger Schuld und Verantwortung: Pro und Contra	123
AB 23	Stuhldialog bei übermäßiger Schuld- und Verantwortungsübernahme	125
AB 24	Stuhldialog bei Co-Abhängigkeit zur Aufgabe von Illusionen	127
AB 25	Umgang mit dem Thema »eigene Grandiosität« (Stuhldialog)	128
INFO 35	Umgang mit realer eigener therapeutischer Abhängigkeit	130
INFO 36	Umgang mit Scheitern und hoffnungslosen Fällen	131

2 Problematische Faktoren analysieren

Kurz gesagt ist der typische Therapie-Responder der YAVIS-Patient: young, attractive, verbal, intelligent, successful. Diese Annahme galt lange als Klischee und Behandelnden wurde unterstellt, dass sie einfach am liebsten mit diesen interpersonell unkomplizierten und attraktiven Menschen arbeiten. Forschung und klinische Erfahrung zeigen aber, dass an dieser Annahme durchaus etwas dran ist. Patientinnen, die eher nicht gut auf Therapie reagieren, haben tatsächlich tendenziell geringere Ressourcen, sind chronisch erkrankt und weisen interpersonell schwierige Muster auf. In diesem Kapitel geht es darum, wichtige Muster, die mit ungünstigen Therapieverläufen bzw. Therapie-Response und -Nonresponse einhergehen, zu analysieren und zu verstehen. Dabei geht es neben den individuellen Mustern der Patientinnen auch um Faktoren, die eher von der Umwelt beeinflusst werden.

Arbeits- und Informationsmaterial

AB 1 **Checkliste: Risikofaktoren für Therapie-Nonresponse**

Hier geht es um typische Risikofaktoren für nicht erfolgreiche Psychotherapien. Welche Faktoren sollten Sie schon zu Beginn der Therapie aufhorchen lassen, weil sie einen ausbleibenden Therapieerfolg wahrscheinlicher machen? Die Ergebnisse dieser Forschung werden auf diesem Arbeitsblatt zusammengefasst (Reuter et al., 2016; Van, Schoevers et al., 2008; Melchior et al., 2016; Hilbert et al., 2021; van Calker et al., 2009; Woodbridge et al., 2021; Hegarty et al., 2020; Van, Dekker et al., 2008) und sind als Checkliste zur therapeutischen Einschätzung aufbereitet.

INFO 1 **Nonresponse in Studien**

Auf diesem Informationsblatt wird eine kurze Übersicht darüber gegeben, welche Faktoren empirisch mit mangelndem Therapieerfolg in Zusammenhang stehen. Wenn Sie darauf achten, können Sie frühzeitig auf drohende Nonresponse reagieren. Die Zahlen dieses Informationsblatts stammen aus Cuijpers et al. (2021) und beziehen sich auf Patientinnen mit Depressionen.

AB 2 **Checkliste: Therapiefortschritt**

Mit dieser kurzen Checkliste können Sie verfolgen, ob Ihre Therapie erfolgreich »on track« ist oder ob sich ein schwieriger Verlauf entfaltet. Das hilft Ihnen, über die nächsten Schritte zu entscheiden.

AB 3 **Checkliste: geringe Ressourcen**

Diese Checkliste thematisiert, über welche Arten von Ressourcen Menschen verfügen und welche Konstellationen als »geringe Ressourcen« eingeschätzt werden können. Hier ist eine realistische Einschätzung von Ihrer Seite notwendig, um Patientinnen auch nicht zu überfordern.

AB 4 **Checkliste: hohe Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten**

Hier geht es darum, woran Sie gute Ressourcen von Patientinnen erkennen können. Noch bestehende Möglichkeiten zur Entwicklung sind dabei ebenfalls als sehr wichtige und günstige Ressourcen zu werten.

INFO 2 **Bedeutung des Alters für die Therapieresponse**

Das Lebensalter einer Patientin ist ein so wichtiger Faktor für den Erfolg einer Therapie, dass wir ihm ein eigenes Informationsblatt widmen. Das Alter eines Menschen spielt eine besonders große Rolle dabei, welche Möglichkeiten zur Veränderung noch bestehen.

INFO 3 Analyse von fehlender Verantwortungsübernahme und Dependenz

Therapien kommen oft nicht voran, weil die betroffene Patientin nicht ausreichend Verantwortung für Veränderungen in ihrem Leben übernimmt und/oder sich stark von anderen Personen abhängig macht. Auf diesem Informationsblatt wird erörtert, woran Sie das erkennen können.

INFO 4 Analyse von Verbitterung

Verbitterung ist ein häufiger, wichtiger Grund für fehlenden Therapieerfolg. Das Informationsblatt zeigt, woran Sie das erkennen können.

INFO 5 Analyse von erfolglosem oder gescheitertem Narzissmus

Auch bestimmte narzisstische Muster können damit zusammenhängen, dass eine Therapie nicht erfolgreich sein kann. Dieses Informationsblatt beleuchtet diesen Punkt näher.

AB 5 Checkliste: destruktive Überkompensation

Aus einer eher psychodynamischen Perspektive lassen sich manche problematischen Interaktionsmuster gut als destruktive Überkompensation konzipieren. Dieses Arbeitsblatt hilft dabei, das zu erkennen.

INFO 6 Analyse von Red Flags

Es gibt Konstellationen, in denen eine Therapie nicht nur erfolglos ist, sondern eine Weiterbehandlung gegebenenfalls sogar gefährliche Konsequenzen für die Patientin und die Therapeutin haben kann. Das Informationsblatt bietet eine Übersicht zum Erkennen solcher »Red Flags«.

AB 6 Checkliste: primärer Krankheitsgewinn

Der primäre Krankheitsgewinn beschreibt den psychodynamischen Gewinn, den eine Patientin durch die Erkrankung erfährt: Vor welchen Emotionen, Erkenntnissen o. Ä. schützt sie die Symptomatik? Die Checkliste auf diesem Arbeitsblatt hilft beim Erkennen primärer Krankheitsgewinne.

AB 7 Checkliste: sekundärer Krankheitsgewinn durch finanzielle Aspekte

Auf der Seite des sog. sekundären Krankheitsgewinns geht es um eher konkrete Gewinne oder Vorteile durch die Erkrankung. In diesem Arbeitsblatt geht es um die finanziellen und materiellen Vorteile, die sich durch längere Erkrankungen einstellen können.

AB 8 Checkliste: sekundärer Krankheitsgewinn durch soziale und praktische Aspekte

Das Arbeitsblatt thematisiert, welche Vorteile sich in Beziehungen und im sozialen Umfeld durch eine längere Erkrankung ergeben können, und wann Unterstützung zur Überwindung der Krankenrolle in eine Aufrechterhaltung eben dieser Krankenrolle umschlagen kann.

INFO 7 Medizinische/Biologische Gründe für Nonresponse

Bisher ging es vor allem um die psychologischen und sozialen Gründe für schwierige Therapieverläufe. Medizinische Aspekte tauchten vor allem als Ressourcenfaktoren in dem Sinne auf, dass chronische Erkrankungen die Energie, Flexibilität und Veränderungsmöglichkeiten der Patientin stark einschränken können.

Das Informationsblatt erläutert, dass es auch nicht unmittelbar ins Auge springende medizinische oder biologische Gründe für den mangelnden Erfolg psychologischer Interventionen geben kann. Unsere Aufgabe ist es, darauf zumindest immer einen gewissen Blick zu haben und die Patientin ggf. deshalb zur Ärztin zu schicken.

INFO 8 Vor- und Nachteile der Veränderung

Veränderung durch Psychotherapie hat nicht nur Vorteile, sondern kann auch mit erheblichem Aufwand und Kosten einhergehen. Im Rahmen dieses Informationsblatts wird abgewogen, welche Aspekte jeweils für und gegen eine Veränderung sprechen können.

AB 9 Was spricht für, was gegen eine Veränderung?

Mit diesem Arbeitsblatt können Sie gemeinsam mit der Patientin zusammentragen, was für sie jeweils dafür und dagegen spricht, Veränderungen durch Therapie einzuleiten. Dieses Arbeitsblatt sollten Sie vor allem bei den Patientinnen einsetzen, bei denen Sie die Waage »auf der Kippe« sehen, denen Sie aber von ihren Ressourcen und ihrer Lebenssituation her eine Veränderung grundsätzlich zutrauen. Bei Patientinnen, deren Situation sehr chronifiziert ist, die einen hohen Krankheitsgewinn haben, und/oder deren wesentliche Sozialkontakte sich auf das Gesundheitssystem beschränken, sollten Sie eher darauf verzichten. Im schlimmsten Fall wühlen Sie die Patientin damit sehr stark auf und verursachen womöglich eine Dekompensation oder Krise; im besten Fall passiert nichts.

Es empfiehlt sich, zunächst mit den Gründen zu beginnen, die *gegen* eine Veränderung sprechen. Damit validieren Sie die Blockaden und Widerstände der Patientin. Das entspricht zum Beispiel auch dem Vorgehen beim Motivational Interviewing, das ja ebenfalls bei ambivalenter Veränderungsmotivation genutzt wird (Miller & Rollnick, 2015).

INFO 9 Hinderliche Faktoren mit der Patientin ansprechen

Nicht immer ist es sinnvoll, Faktoren, die den Therapieerfolg behindern, mit der Patientin anzusprechen. Auf diesem Informationsblatt wird abgewogen, wann Sie das unbedingt tun und wann Sie es unbedingt lassen sollten – und wie Sie vorgehen können, wenn sich die Situation mit der Patientin zwischen diesen beiden Extremen bewegt.

Checkliste: Risikofaktoren für Therapie-Nonresponse

Psychotherapiestudien gehen in aller Regel der Frage nach, wie wirksam Therapien sind und/oder ob bestimmte Therapien wirksamer sind als andere. Die Darstellung von Studienergebnissen orientiert sich entsprechend vor allem an diesen Fragen. Wie viele und welche Patientinnen von Therapie gar nicht profitieren, ist oft eher indirekt ersichtlich, etwa an Größen wie der »Number needed to treat« (NNT), die angibt, wie viele Patientinnen mit einer bestimmten Behandlung behandelt werden müssen, damit eine davon profitiert.

Wichtig

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich über Studien hinweg die Symptome von ca. 50 % aller Psychotherapiepatientinnen durch die Therapie nicht substantiell verbessern.

Nur wenige Studien existieren zu der Frage, welche Merkmale oder Muster einer Patientin mit vorher-sagen, ob eine Therapie hilft oder nicht. Insgesamt zeigen sie, dass Menschen mit hohen Ressourcen bessere Chancen auf erfolgreiche Therapien haben als Menschen mit geringeren Ressourcen. Dabei beziehen sich die meisten Studien zu diesen Fragen auf depressive Patientinnen und die Besserung von depressiver Symptomatik – vermutlich, weil diese Patientengruppe sehr groß ist, viele Daten dazu existieren und depressive Symptomatik gut gemessen werden kann.

Welche Risikofaktoren treffen auf meine Patientinnen zu?

- Early Response / sudden gains.** Wenn eine Patientin eine Therapie aufnimmt, und sich rasch, also innerhalb der ersten Behandlungswochen, verbessert, dann ist die Chance sehr gut, dass die Therapie ein Erfolg wird und die Störung remittiert. Je länger initiale Verbesserungen auf sich warten lassen, umso ungünstiger wird die Prognose.

.....

.....

.....

- Frühere Nonresponse.** Wenn Patientinnen von früheren Therapieversuchen nicht profitiert haben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Therapien wirken, ebenfalls deutlich geringer. Das entspricht auch der generellen psychologischen Regel »Past behavior predicts future behavior«.

.....

.....

.....

Checkliste: Risikofaktoren für Therapie-Nonresponse

- Chronizität der Störung.** Je länger eine Störung bereits anhält, desto unwahrscheinlicher ist es, dass die Patientin von Psychotherapie profitiert. Natürlich ist die Chronizität häufig auch assoziiert mit früheren Therapieversuchen.

.....

.....

.....

- Höheres Alter.** Auch ein höheres Alter bei Behandlungsbeginn ist eher ein ungünstiger Faktor. Das ist insofern wenig überraschend, als Variablen wie »frühere Nonresponse« und »Chronizität« in aller Regel mit einem höheren Alter assoziiert sind. Wer bereits mehrere Therapieversuche hinter sich hat, ist natürlich im Schnitt älter als eine Person, die zum ersten Mal in ihrem Leben eine Therapie aufsucht.

.....

.....

.....

- Früher Beginn der Störung.** Wenn sich Symptome allerdings erst relativ spät im Leben zeigen, ist ein Ansprechen auf die Therapie wahrscheinlicher. Vermutlich haben die Betroffenen in ihrem früheren (symptomfreien) Leben bereits gute Bewältigungskompetenzen und Ressourcen aufgebaut, um das aktuelle Problem zu meistern. Ein früher Beginn der psychischen Symptomatik ist hingegen ein ungünstiger Prädiktor für die Therapieresponse.

.....

.....

.....

- Schweregrad der Symptomatik.** Generell findet sich in den meisten Studien, dass eine ausgeprägte Schwere der Erkrankung ungünstig für die spätere Besserung ist. Dabei können verschiedene Variablen in diesen »Schweregrad« einfließen. Komorbide (Persönlichkeits-)Störungen, schwere somatische Symptome oder ein hoher Schweregrad der primären Störung tragen alle zum allgemeinen Schweregrad bei.

.....

.....

.....

Checkliste: Risikofaktoren für Therapie-Nonresponse

- Geringer sozioökonomischer Status.** Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status laufen Gefahr, schlechter auf Therapie zu respondieren. Auch hier spielen sicherlich geringere Ressourcen und Bewältigungskompetenzen eine Rolle. Außerdem führt eine bereits lang andauernde, womöglich schon früh begonnene Symptomatik im Lauf des Lebens eher zu einem geringeren sozioökonomischen Status.

.....

.....

.....

- Schwierige interpersonelle Muster.** Interpersonelle Muster, die statistisch betrachtet mit einem schlechten Therapieergebnis einhergehen, lassen sich am ehesten als feindselig-vermeidend oder passiv-aggressiv charakterisieren. Menschen mit starkem Ärger und hoher Unsicherheit, die ihre Umwelt als feindselig und ihnen nicht wohlgesonnen wahrnehmen, reagieren eher schlechter auf Therapie.

.....

.....

.....

Nonresponse in Studien

Psychotherapiestudien fokussieren meist auf die Frage, wie wirksam eine Therapie ist. Der Anteil von Patientinnen, die von der Behandlung nicht profitieren, geht in wissenschaftlichen Artikeln eher unter. Auf diesem Informationsblatt werden die wichtigsten Kennzahlen erklärt, aus denen man ableiten kann, wie vielen Patientinnen durch die Therapie geholfen wurde, und wie vielen auch nicht. Solche Parameter sind in Pharmastudien eine Selbstverständlichkeit. In Psychotherapiestudien gilt es zunehmend ebenfalls als Qualitätskriterium, diese Ergebnisse zu berichten.

■ Wichtig • Spontane Remissionen

Bei diesem Thema muss berücksichtigt werden, dass psychische Erkrankungen, in diesem Fall Depressionen, in einem gewissen Ausmaß spontan remittieren können, auch wenn keine Behandlung angeboten wird. Die Rate von Spontan-Remissionen muss in den Vergleich einbezogen werden. Cuijpers et al. (2021) fassen zusammen, dass sich im Schnitt bei 41 % der depressiven Patientinnen in Studientherapien die depressive Symptomatik verbessert, aber auch bei 16 % der Patienten in Wartelisten. Von 100 behandelten Patientinnen würden also statistisch betrachtet nicht 41 von der Therapie profitieren, sondern lediglich 25, denn 16 wäre es auch spontan bzw. ohne die Therapie wieder deutlich besser gegangen.

- ▶ **Responder-Rate.** Als »Therapie-Responder« werden in Studien diejenigen Patientinnen eingestuft, deren Symptomatik sich in einem bestimmten Ausmaß verbessert hat. Das kann unterschiedlich definiert werden – zum Beispiel dadurch, dass sich die Symptomatik um einen bestimmten Fragebogen-Punktwert oder um einen bestimmten Anteil verbessert. Bei Cuijpers et al. (2021) wurden 50 % Verbesserung des Hamilton-Wertes als »Response« gewertet. Nicht dazu gezählt werden also nicht nur Personen, deren depressiven Symptome sich verschlechtern oder gar nicht verbessern, sondern auch die, die sich nur ein wenig verbessern.
- ▶ **Number needed to treat (NNT).** Die NNT gibt an, wie viele Patientinnen mit einer Behandlung versorgt werden müssen, damit eine davon i. S. einer Response profitiert. Wenn sich, wie in Psychotherapiestudien zu Depression, von 100 Patientinnen durch eine Behandlung 25 hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik verbessern, ist das genau ein Viertel. Es müssten also vier Patientinnen behandelt werden, damit eine sich deutlich verbessert. Die NNT wäre hier 4. Cuijpers et al. (2021) geben, um genau zu sein, für Psychotherapie im Vergleich zu Wartelisten eine NNT von 3,9 an.
- ▶ **Remission.** Die Remissionsrate gibt an, wie viele Personen auf eine Psychotherapie so gut reagieren, dass sie danach als »geheilt« betrachtet werden können. Das kann auf verschiedene Arten ermittelt werden. In einem diagnostischen Interview kann festgestellt werden, ob die Kriterien für die Störung noch erfüllt werden – wenn nicht, ist die Patientin remittiert. Häufig werden auch Fragebogenwerte verwendet, so beziehen sich Cuijpers et al. (2021) auf den sehr verbreiteten »Hamilton-Depressions-Fragebogen«. Wenn hier ein Wert von unter 7 Punkten erreicht wird, gilt die Patientin als »nicht depressiv«. Durch Psychotherapie remittieren etwa ein Drittel der Patientinnen, im Vergleich zu etwa 10 % in Kontrollbedingungen. Das bedeutet auch, dass bei zwei Drittel der aktiv behandelten Patientinnen ein Ausmaß an Symptomatik überbleibt, mit dem sie als »nicht vollständig remittiert« eingestuft werden müssen.

AB 2 • T

Checkliste: Therapiefortschritt

Diese Supervisionscheckliste können Sie für sich oder gemeinsam mit der Patientin grundsätzlich in jeder Sitzung einmal durchgehen. Sie können damit beginnen, sobald Sie die wichtigsten diagnostischen Informationen erhoben und mit der Arbeit an den Problemen der Patientin begonnen haben. Wenn Sie zwei oder mehr der Punkte bejahen können, ist das ein Hinweis auf eine erfolgreich verlaufende Therapie. Wenn keiner oder nur einer der Punkte bejaht werden kann, sollten Sie die Erfolgsaussichten der Behandlung kritisch hinterfragen.

Die Patientin hat Vorschläge oder Ideen aus den letzten Sitzungen umgesetzt.

Konkrete Beispiele:

.....

.....

.....

Der Patientin geht es – bezogen auf ihre Hauptsymptomatik – besser als zu Beginn der Therapie.

Konkrete Beispiele:

.....

.....

.....

Die Patientin kann sich gut daran erinnern, was Sie bisher besprochen haben.

Konkrete Beispiele:

.....

.....

.....

Die Patientin übernimmt Verantwortung dafür, ihre Symptome zu überwinden.

Konkrete Beispiele:

.....

.....

.....

Checkliste: geringe Ressourcen

Je mehr Ressourcen einem Menschen zur Verfügung stehen, umso größer ist auch sein Potenzial, sich zu verändern. Umgekehrt gilt natürlich, dass geringe Ressourcen mit schlechteren Veränderungsmöglichkeiten einhergehen. Doch was heißt das eigentlich konkret?

■ Wichtig

Der Begriff der (geringen) Ressourcen lässt sich weit fassen: personal, finanziell, sozial, intellektuell, beruflich, gesundheitlich etc. Bei Patientinnen mit schwierigen Verläufen und geringer Response auf Psychotherapie sind oft mehrere dieser Domänen beeinträchtigt. Je länger die schlechte Ressourcenlage einer Patientin in ihrem Leben schon besteht, umso schwerer ist es auch, daran noch etwas zu ändern.

Geringe personale Ressourcen

- ungünstige Temperamentsfaktoren, im Modell der »Big Five« (Borkenau & Ostendorf, 1993), etwa hoher Neurotizismus, also die Neigung zum starken Erleben von negativen Gefühlen, und geringe Gewissenhaftigkeit, also geringe Zuverlässigkeit, Gründlichkeit und Verlässlichkeit
- ungünstige interaktionelle Muster wie starker Ärgerausdruck, hohe Aggressivität, passiv-aggressive Muster
- stark vermeidendes Verhalten, Angst vor emotionalen Erfahrungen (Experiential Avoidance)

Geringe personale Ressourcen erschweren es, sich neuen Herausforderungen erfolgreich zu stellen, Hürden zu überwinden, an eigenen Zielen dranzubleiben, neue Kontakte zu knüpfen und bestehende Bindungen zu pflegen. Umso länger sich eine Patientin schon einigelt oder primär aggressiv interagiert, desto schwerer ist es, das zu durchbrechen.

Geringe finanzielle Ressourcen

- geringes Einkommen der Patientin für die Erwerbsarbeit
- reduziertes Einkommen durch Lohnersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Rente, Arbeitslosengeld)
- Schulden
- zu hohe Verpflichtungen (etwa Miete einer zu teuren Wohnung)
- arme und zu unterstützende Angehörige oder Partner
- Verpflichtungen für Haustiere (z. B. unerwartete Kosten für die Tierärztin)

Enge finanzielle Verhältnisse schränken einerseits die konkreten Entwicklungsmöglichkeiten ein, weil sich Betroffene keine Hobbys oder Genussmomente leisten können. Außerdem sind sie ein dauernder Quell quälender Sorgen, die sehr langfristig bestehen bleiben. Je länger so eine Situation besteht, umso hoffnungsloser und demoralisierter sind die Betroffenen meist.

Checkliste: geringe Ressourcen

Geringe soziale Ressourcen

- Fehlen einer Partnerschaft oder Partnerschaft ist nicht tragfähig (z. B. unzuverlässiger, fremdgehender Partner), Partner ist selbst hoch belastet
- keine oder keine tragfähigen Beziehungen zur Familie oder Familie ist nicht unterstützend
- keine oder keine belastbaren Freundschaften
- schwaches soziales Netz, z. B. kein gutes Verhältnis zu Nachbarn, keine gegenseitige Unterstützung mit anderen Eltern in Schule oder Kindergarten

Geringe soziale Ressourcen können zu Gefühlen von Einsamkeit oder – bei vorhandenen, aber schwierigen Beziehungen – zu chronischem Stress führen. Zudem können ohne ausreichende soziale Unterstützung Schwierigkeiten und Krisen viel schlechter überwunden werden. Auch hier gilt: Umso länger ein Mensch schon ohne Partnerschaft oder Freundschaften lebt, desto schwerer wird es ihm fallen, hier noch das Ruder herumzureißen.

Geringe intellektuelle oder berufliche Ressourcen

- geringe Intelligenz
- keine oder wenig hochwertige abgeschlossene schulische oder berufliche Ausbildung
- prekärer, monotoner, schlecht bezahlter Job
- chronisch bedrohter Arbeitsplatz, z. B. durch ständig befristete Verträge
- wenig unterstützende Beziehungen zu Kollegen oder Kolleginnen
- geringe berufliche Aufstiegsmöglichkeiten

Wenn Menschen wenig Möglichkeiten haben, ihre Bildung oder ihre Arbeitskraft in Wertschöpfung umzusetzen, bleiben wichtige Lebensbereiche langfristig auf einem frustrierenden Niveau hängen. Weiterbildung und berufliche Entwicklung sind ohne ein gewisses Grundniveau an Intelligenz und Bildung schwierig bis unmöglich – mit zunehmendem Alter umso mehr.

Geringe gesundheitliche Ressourcen

- chronische psychische Erkrankungen, z. B. Depressionen, Ängste, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen
- chronische körperliche Erkrankungen, z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck etc.), Autoimmunerkrankungen (MS, Rheuma, Psoriasis), Allergien oder Asthma, Krebserkrankungen
- deutliches Übergewicht

Eine schlechte Gesundheit macht alles schwierig – neue Herausforderungen sind schwerer zu stemmen, sportliche Betätigungen führen leicht zu Schmerzen oder Beschwerden, und ein andauerndes schlechtes Befinden macht es schwer, Teufelskreise aufzubrechen. Leider sind körperliche und mentale gesundheitliche Probleme eng vergesellschaftet, so ist etwa die Prävalenz von Depressionen bei praktisch allen chronischen Erkrankungen deutlich erhöht. Mit zunehmendem Alter nimmt dabei in der Regel auch die Krankheitslast immer mehr zu.