

# Prinzipien pragmatischer Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen – am Beispiel von Depression und Schizophrenie

LWL-Universitätsklinikum Bochum  
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Präventivmedizin

UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER  
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

**Georg Juckel**

**Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin  
der Ruhr-Universität Bochum, LWL-Universitätsklinikum**

# **Ein Weg, sich „seelisch zu berühren“ – Grundzüge einer pragmatischen Psychotherapie in der Psychiatrie (PPP): Annehmen, Zuwenden, Verstehen, Hilfreich-Sein**

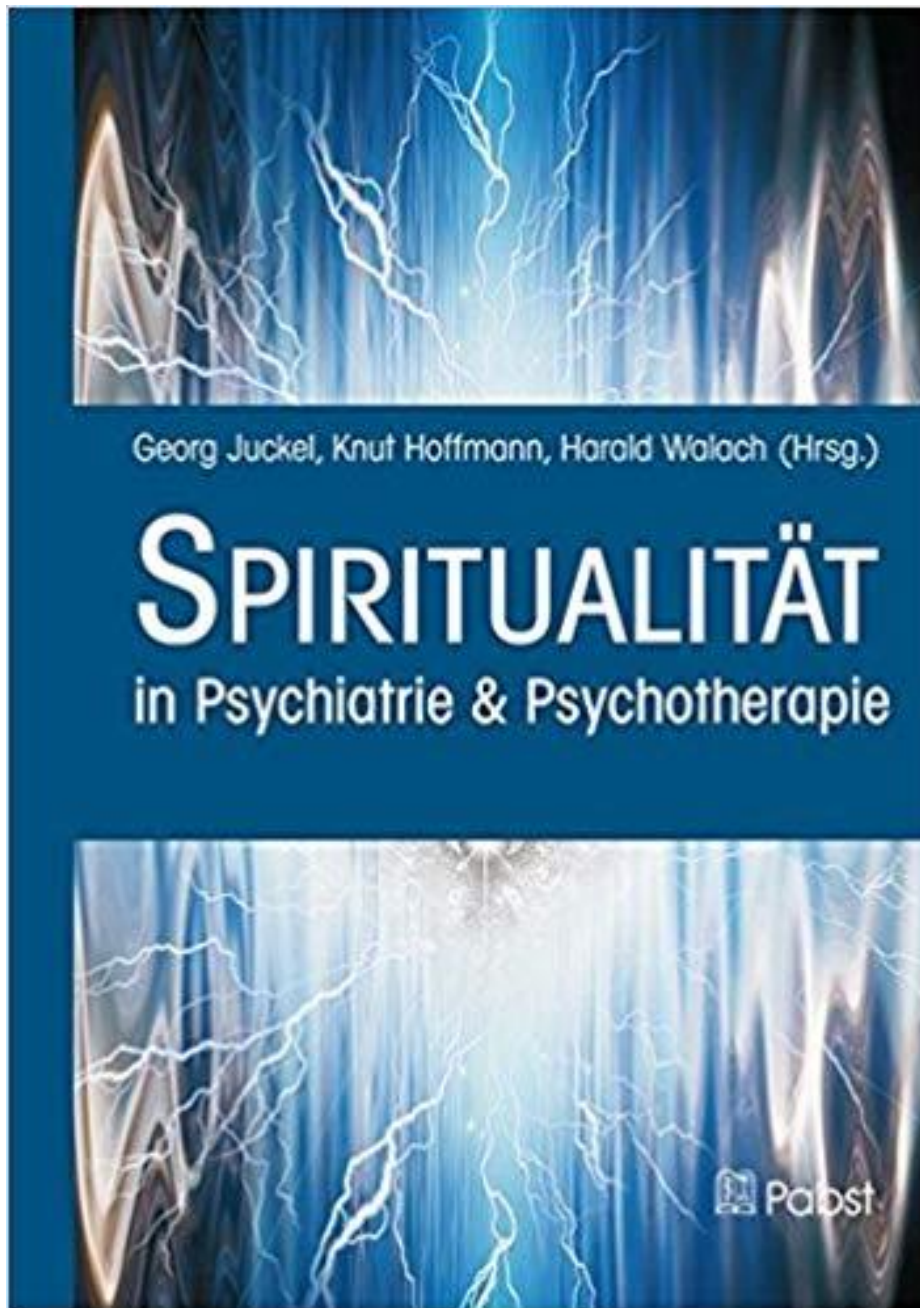
LWL-Universitätsklinikum Bochum  
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Präventivmedizin

UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER  
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

**Georg Juckel**

**Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin  
der Ruhr-Universität Bochum, LWL-Universitätsklinikum**



### III Spiritualität ohne Religion

13 Ein Weg, sich „seelisch zu berühren“ – Grundzüge einer pragmatischen Psychotherapie in der Psychiatrie (PPP): Annehmen, Zuwenden, Verstehen, Hilfreich-Sein <i>Georg Juckel</i> .....	307
14 Was macht Sinn? Gedanken aus der Logotherapie und Existenzanalyse als sinngebende Therapieverfahren <i>Walter Cremer</i> .....	333
15 Spiritualität in der Psychotherapie <i>Reinhard Zinke</i> .....	351
16 Spiritualität für Atheisten <i>Knut Hoffmann</i> .....	369
17 Intuition in der psychiatrischen Diagnostik <i>Christian Luckhaus</i> .....	379
18 Was ist denn in dich gefahren? Verhaltensbiologisch-anthro- pologische Überlegungen zur Spiritualität in der Psychiatrie <i>Martin Brüne &amp; Wulf Schiefenhövel</i> .....	397

# Depression (und bipolare Störung) und Schizophrenie

- Krankheitsbilder bekannt
- Schwere psychiatrische Störungsbilder mit schwerer Symptomatik, schweren Verläufen und hohem Suizidrisiko
- Oft „schwierige Menschen“ (nicht pünktlich oder gar nicht kommen,...) mit schwieriger Beziehungsgestaltung, ungewöhnlichem Verhalten (distanzlos, unruhig, paralogisch...mutistisch, gedrückt, suizidal(?))...
- Und daher oft in den Kliniken und noch stärker in den Praxen KEINE (oder keine ausreichende) Psychotherapie
- Mittleres Ruhrgebiet und die PT-Plätze (vs. IV, §64b,...)
- Königsweg(e): kogn. VT...Schematherapie....tiefenpsychol. PT...INTEGRATION / alltägliche Mischungen
- Ich beides, Akzent auf Psychodynamik, Mentros A, B, C

---

## Nachruf

Nervenarzt 2016 · 87:319–320  
DOI 10.1007/s00115-015-4460-0  
Online publiziert: 6. November 2015  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

G. Lempa<sup>1</sup> · G. Juckel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V., München

<sup>2</sup> Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikums Bochum der Ruhr-Universität Bochum, Bochum

**Nachruf auf Prof. Dr. Stavros  
Mentzos (1930–2015)**

Georg Juckel ■ Marc-Andreas Edel

# Neurobiologie und Psychotherapie

Integration und praktische Anwendung  
bei psychischen Störungen

Mit einem Geleitwort von Gerhard Roth



4 Schizophrene Störungen  
(ICD-10: F20) – am Beispiel des  
Frühverlaufs ..... 57  
Georg Juckel und Tilo Kircher ..... 57

5 Unipolare Depression  
(ICD-10: F32–33) ..... 90  
Ulrich Hegerl und Roland Mergl ..... 90

6 Bipolare Störungen  
(ICD-10: F30–31) ..... 104  
Larissa Wolkenstein, Michael Bauer und  
Thomas D. Meyer ..... 104

# Was heißt nun „pragmatisch“ bei PPP ?

Ohne zunächst explizite theoretische Annahmen, eher theoriearme, naive und erfahrungsbasierte An- und Einsichten gewonnen aus mittlerweile gut 25jähriger Erfahrung mit Einzel- und Gruppenpsychotherapeutischen Prozessen (einschließlich langer Supervisionstätigkeit) mit akut oder langjährig schwer kranken Patienten mit psychiatrischen Störungsbildern wie Schizophrenie, bipolarer Störung und Depression. TP- und VT-Elemente spielen eine Rolle, aber eher rein aus der Praxis gewonnen, was hat sich in der Durchführung usw. bewährt...Stationär und dann Übergang zu ambulant (eher der Beginn mit den ersten ca. 20-40 Sitzungen):

## **SORTIEREN, STRUKTURIEREN, KONFRONTIEREN**

- Keine Studien
- Nur verdichtete klinische Erfahrungen
- Praxisnah
- Abbau von Dogmatisierung; ekklektisistisch, nicht wirklich Neues
- Evtl. Manualisierung, sofern mögl., oä. in der Zukunft

# Setting

- Feste Terminsetzung – 30, 60 max. 90 min.
- Gewisse zeitliche Flexibilität
- Keine Störungen
- Einladungssituation / Gastgeberrolle
- Platzierung des Patienten im Büro („am Fenster“)
- Büro-Interieur (Getränke, Stifte, Tücher,....gelebte Welt, Bücher, Bilder usw.)
- Keine digitalen Aufzeichnungen/Film- oder Tonaufnahmen insb. bei Erstkontakt
- Gesprächsgliederung jeweils in drei Teile:
  - ➔ Warming-up
  - ➔ Eingehende Besprechung des wichtigen Themas
  - ➔ Zusammenfassung mit Gesprächswertung (Patient und Therapeut)

# Therapeut

- Aktiv und steuernd, Thema verfolgend
- Therapeut = „wissender Reisebegleiter“
- Papieraufzeichnungen – nur selten Einsatz von Flipchart, Rollenspiele oder Expositionen
- Patient: Aufzeichnungen („Gedankentagebuch“)
- zugrundeliegendes zentrales Problem des Patienten aufspüren, benennen und mündlich sowie schriftlich niederlegen
- Problempyramide als Sortierfunktion – Merksätze, **plastische Bilder**, Symbole – wichtiges Element: **Humor**

Konzentration auf wenige Grundmechanismen, Kardinalpunkte, auf diese immer wieder zurückkommen und Bezug nehmen: Sehr Strukturierend, teilweise direktiv Halt-gebend und Handlungsalternativen, Lösungsszenarien konkret durchgehen (Plan A, B, C)...

- Einsortierung in Kommoden- und Schubladensystem
- Alternative Kommunikationsformen bei guter Vertrautheit per Telefon, Skype oder Mail



# Beziehung I

- Im Mittelpunkt steht der Beziehungsaufbau und Containing: Annehmen und verstehen
- Projektive Leistungen auf den Therapeuten ermöglichen
- Kameradschaftliche Nähe auf der einen Seite und Führung auf der anderen Seite
- Annahme-Phase: Externalisierung/Sortierung des Materials
- Anschließend vorsichtiges Erarbeiten und Durcharbeiten einzelner Problemstellungen
- Oftmals lange „horizontale“ Phase vor Einstieg in die „vertikale“ Phase
- Bei schwierigen Patienten jahrelanges Beibehalten des Containings evtl. angeraten
- Wirkliche echte Kontaktfindung mit anderen Menschen in der realen Welt im Einzelfall erst nach vielen Jahren der Therapie möglich (gelungene therapeutische Beziehung oft die einzige bei schwer kranken psychiatrischen Patienten, besondere Verantwortung!)

# Beziehung II

- Übertragung des in der therapeutischen Beziehung Gelernten in eine reale Beziehung ermöglicht Beendigung der Langzeittherapie oft i. S. von Langzeitcontaining
  - Rückkehr zum Therapeuten muss immer möglich sein, ganz gleich, wie sehr der Patient den Therapeuten strapaziert hat
  - Das Für-den-Anderen-immer-da-sein in qualitativer Hinsicht, die Zugewandtheit, ist der Kern eine guten und gelingenden therapeutischen Beziehung
  - Gegenübertragungsgefühle. – auch negative – sollen aktiv in die therapeutische Beziehung eingebracht werden
  - In gewachsener Beziehung soll der Patient spüren, das man sich alles sagen kann, dass das eine Beziehung ausmacht und dass auch er seinerseits verletzen kann
  - Streit – auch noch so heftig – ist möglich, ohne dass die gemeinsame Basis, dass Zusammengehören, in Frage gestellt wird
  - Therapeut kann auch nach Beendigung der Therapie den Kontakt zum Patienten wahren und als wichtige Person in dessen Leben Halt und Orientierung geben
- ➔ **„Ohne Sympathie keine Heilung“** (Ferenczi)

# Sprache

- Ziel: Ausgesprochen **konkrete Sprache**
- Fachausdrücke, Schlüsselbegriffe als Kristallisationspunkt für den Patienten
- Sprachliche Bilder bzw. Formeln, in denen sich der Patient mit seiner Problematik wiederfindet
- **Externalisierung:** Vom Rumoren / Unbestimmten in eine sprachliche Form / Formel
- Metapsychologische Selbstbetrachtung: Patient betrachtet sich von „außen“
- Plastische, teils extreme Sprachbilder aus verschiedensten Erfahrungswelten
- **Gebetsformel zur ritualhaften, ständig wiederkehrenden Anwendung**
- Konkretheit und individuelle Ausprägung ist für die Sprachbilder entscheidend
- **Therapeut als „Geburtshelfer“** der Benennung des konkreten Sachverhaltes
- Verwendung von **Aufschreibsystemen** (Aushädigung von Gedankentagebüchern usw.)
- Aufgabe der Psychotherapie: Entwicklung alternativer Gedanken, Erfahrungswerte und Handlungsmöglichkeiten

# Lernen

- Anwendung der Erkenntnisse des Patienten im Alltag
  - ➔ Beginnende Souveränität und Nachreifung
- Lernen von Lebenssituationen über verschiedene Phasen:
  1. Erkennen, dass etwas schief läuft, Situation STOPPEN und Wiederkehren
  2. Bauchgefühl verbalisieren und benennen
  3. Gefühl gegenüber der anderen Person ansprechen
  4. Auseinandersetzung, positive Lösung der Situation mit guter Lernerfahrung
- Lernen, bis die Phasen unbewusst – in Millisekunden – ablaufen
- Vermitteln, dass angesprochene Personen zumeist positiv reagieren
- Grundsätzlich alles besprechbar auf freundlicher, sachlicher Ebene ohne Streit
- Erlangung wahrer Souveränität, auch im Umgang mit schwierigem Gegenüber
  - ➔ Erfassung nicht nur der offenkundigen sondern auch der verborgenen Emotionalität (vor allem durch die schizophrenen Patienten)Weitere Lernelemente: Anwendung von Ironie, Beschämung, „Umarmung“....

# Externalisierung / Relativierung I

- Emotionen und psychopathologische Zustände führen zu einem Verlust der Abstrahierung von sich selbst
  - ➔ „Ich habe nicht die Krankheit sondern ich bin die Krankheit !“
- Depression und Angst füllen den Menschen ganz aus (Heidegger).
  - ➔ Die Welt und Andere schwinden
  - ➔ Antizipierte Außenposition zur Reflexion und Relativierung nicht mehr möglich
- Gleiches gilt für Ich-Störungen im Sinne der Fragmentierung
- Externalisierung und Relativierung von sich selbst als Leistung der Souveränität
  - ➔ Freiheitsgrade und Chancen auf Erkenntnisse und Veränderungspotentiale
- Psychotherapie hilft dem Patienten, die Außenposition in möglichst allen Situationen wieder einnehmen zu können
- Basale Entwicklungspsychologie: Wir und unser Selbstbewusstsein konstituieren uns durch soziale Bezüge zu Anderen
- Therapeut nimmt die Position des Anderen, die Außenposition ein

# Externalisierung / Relativierung II

- Diese Position wird dann nach und nach auf andere Menschen des Alltags des Patienten und schließlich in ihm selbst übertragen
- Einsatz von Entspannungstechniken hilft, die Stärkung der relativierenden Kraft des eigenen Ichs zu üben
  - ➔ Relation zwischen mir und dem Anderen, zwischen mir und der Welt wird wieder ins Gleichgewicht gerückt
- Entspannungstechniken wie Yoga haben eine hohe neurobiologische Wirkung (Meister u. Juckel 2018) und werden idealerweise bereits frühmorgens angewandt. (Stärkste Aktivierung der neurohormonalen Mechanismen hinsichtlich der zirkadianen Rhythmik; Patienten können so entspannter / beruhigter in den Tag starten, das Risiko von Spannungszuständen verringert sich)
- Probleme und Leiden des Patienten werden zu Objekt und Material der eigenen Beobachtung und Bearbeitung
  - ➔ Alternativen können formuliert und im Sinne einer Try and Error Verfahrens erlernt werden

# Affekte I

- Affektlehre von Spinoza als Dreh- und Angelpunkt dieses Psychotherapiekonzeptes
  - ➔ Über Gefühle läßt sich nicht „diskutieren“
- Emotionen sind nicht rational kontrollier- oder beeinflussbar
- Psychotherapie versucht Gefühlszustände durch Erarbeiten kognitiver Einsichten zu beeinflussen (z. B. Freudsches Durcharbeiten, Einsicht in psychodynamische und biografische Zusammenhänge; kognitive VT)
- Stärkung des Bewusstseins des Patienten für die zugrundeliegenden Abläufe seiner emotionalen Regulation zu dann seiner langfristigen Stabilisierung (Schemata herausarbeiten, immer wieder thematisieren):

Pathologische emotionale Regulation assoziiert/ausgelöst mit/durch bestimmte Wahrnehmungen/Gedanken – Erlernen der Technik der „Gegengedanken“ (Schaffung von „Gegenwelten“) mit der Folge veränderter Emotionalität (ZOPF des Münchhausen)

# Affekte II

- Spinoza: Ein Affekt kann nur durch einen anderen Affekt neutralisiert werden
- Erzeugung von Emotionen durch „tröstenden“/neutralisierende Gegengedanken (evtl. ansatzweise begleitet von Autosuggestion)
- Prinzip der Relativierung: Tröstliche Gegengedanken führen zu Distanzierung und Relativierung und damit auch zum Raumgeben und „Erlernen“ anderer Affekte
- **Gedankliche Arbeit: Jede Situation , jede Person, jeder sachliche Zusammenhang stellt zwei Seiten einer Medaille dar**
- Formaler Vorgang „zwei Seiten zu sehen“ führt zu einem anderen positiveren Zustand durch neue, positiveren Bewertung. „Aha“- und pos. Erkenntniseffekte ermöglichen zunehmendes Wohlbefinden, Stabilisierung und langfristige innere Zufriedenheit
  - ➔ Formal-operative Distanzierung und Relativierung allein durch gedankliche Arbeit
  - ➔ Anderer Bewusstseinsinhalt schafft eine tröstende und hilfreichere Gedankenwelt und andere, z.T. neue und positive Gefühle



# Üben I

- Führen eines Gedanken- und Stimmungstagebuches
  - ➔ Patient notiert sich fortlaufend alle wesentlichen, mit Emotionen verbundenen Gedanken, vor allem die biografischer und existentieller Natur
- Wichtig: Zweiteilung:
  - Linke Seite ➔ Eindrücke, Gedanken und Gefühlszustände
  - Rechte Seite ➔ tröstende , hilfreiche Gegengedanken
- Wie kann man die Situation noch sehen? Welche positiven Aspekte gibt es inmitten all des Negativen?
  - ➔ Unmittelbares Durchbrechen der negativen Kognition, des masochistischen Denkens
- Entdeckung eines positiven Kerns und Ankerpunktes als Basis für die Therapie und die eigene Arbeit des Patienten

Gedankenstopp-Technik: 2-3 x 15min. Pro Tag, abgestimmt z.B. der Pflege.

# Üben II

➤ Das schriftliche Erlernen des kognitive Erkennen des Anderen und Positiven führt allmählich zu Zuversicht und Trost, die negative Gedankenwelt verblasst (in späterer Phase der Therapie rein introspektiv)

➤ Das Einüben von Gedanken – Gegengedanken immer ausführlich bzgl. Instruktion und Durchführung her besprechen. Patient sollte sein Gedankentagebuch immer mitbringen und es sollten dann einzelne Gedanken-Beispiele durchgesprochen werden

Schritt 1: Patient schreibt im Nachhinein Situationen und Gedanken auf und arbeitet daran (Gedanken-Stopp –Technik, wenige 15 Minuten-Einheiten täglich)

Schritt 2: In der Situation die Gedanken aufschreiben , Gegengedanken entwickeln und kognitiv durchdringen und sich auf das neue, positive Gefühl einlassen

Schritt 3: Rein mentale Ausführung der Abläufe.  
Z.B. Abendreflexion, anfangs zusammen mit dem Therapeuten, später alleine mit dem Ziel, dies akut und blitzschnell in der realen lebensweltlichen Situation auszuführen.

# Üben III

- Wichtig ist die mentale Arbeit, die Suche nach dem tröstenden, hilfreichen Aspekt, der 2. Seite der Medaille, einfache Verneinung bzw. Positivierung ist nicht ausreichend.
  - ➔ Es muss so formuliert sein, dass es in einer künftigen Situation hilfreich ist.
- Patienten tun sich anfangs sehr schwer. Es ist entsprechendes Engagement des Therapeuten notwendig,
  - ➔ Immer wieder gemeinsam positive Aspekte herausarbeiten
  - ➔ Diese verstärken und ritual-formelhaft und modellhaft formulieren
- Einzelbenennungen (Gedanken, Situationen, Beurteilungen) ab gewissem Stadium subsummieren und getrennt auf „**Zettel im Portmonnaie**“ mit sich tragen.
  - ➔ Entwicklung eines großen, systematischen Gedankens (Erklärungsmodell)
  - ➔ Muster / Musterabwehr
  - ➔ Zentrale Botschaft als wiederkehrendes positives Gedankenmuster für zukünftige Situationen.

# Üben IV

- Als solch übergreifendes, positives Gedankenmuster können auch Kunstbilder u.ä. dienen, plastische Bilder und Ausdrücke z. T. mit Formen von Humor
- Die gebetsformelartig wiederholte Anwendung ermöglicht dem Patienten, in einer jeweils neuen Situation auf ein präformuliertes Muster zurückzugreifen und dieses flexibel anzuwenden (**gedankliches Amulett !**)
- Fokussierung des Patienten auf 2 – 3 grundsätzliche Einsichten, die ihm die Augen geöffnet haben (Aufschreiben und Aufhängen an „Kühlschranktür“; Problem/Lösungs-Paare)
- Selbstbefähigung: Ziel der Psychotherapie ist es, dem Patienten die Logik des Verfahrens so eingehend klar zu machen, dass er über die Zeit in die Lage versetzt wird, diesen „Faden“ selbstständig weiterzuspinnen.
  - ➔ Automatisierte Kettenreaktionen tritt ein, wenn der Patient diese innerlich lösenden und heilsamen Aspekte für sich erfahren hat.

# Geben von Handlungsempfehlungen I

- Handlungsempfehlungen im Rahmen der Psychotherapie sind höchst individuell und variieren über die Bandbreite der verschiedenen Krankheitsbilder
- Handlungsempfehlungen sind Orientierungspunkte dafür, wohin die Therapie den Patienten führen soll.
- Wenige zentrale Handlungsempfehlungen pro Patient
  - ➔ diese immer wieder ansprechen, vertiefen, in andere Worte kleiden
  - ➔ den Patienten immer wieder erarbeiten lassen und dessen Fokus in die richtige Richtung lenken
  - ➔ Der Patient muss letztendlich darauf drängen, die Handlungsempfehlungen in der Wirklichkeit anzuwenden.
- Letzte Phase der Psychotherapie ist es, den Patienten in der Anwendung der Handlungsempfehlungen zu beraten. insbesondere , wenn dieser dabei auf Schwierigkeiten, Widerstände und Verstrickungen stößt.

# Geben von Handlungsempfehlungen II

- Gute konkrete Übungsfelder sind oftmals die Stationen oder Tagesklinik, sonst Aufsuchen eines neuen Bezugsrahmens, z.B. Eintreten in eine Verein
- Empfehlung, sich klar abzugrenzen und für seine Interessen einzutreten, kann zunächst an Mitpatienten ausprobiert werden.
  - ➔ „Normale“ Reaktion der Mitpatienten ist für den Patienten auf Station und später in der Familie wichtig und entlastend.

## Wahrnehmung und Stärkung des Ich innerhalb der Beziehung / Familie

- Reflexion und Bewusstsein schaffen
  - Praktische Übungen, z. B. Methode des Rausgehens, des Gedankentagebuches etc.
  - Paar-/ Familiengespräche hinsichtlich Vereinbarungen bzgl. des täglichen Miteinander (Streitthemen, Paarabend oder –tag, Existentielles, Bedürfnisse)
- Phase der Handlungsempfehlungen wird gerade bei infrequenten ambulanten Therapien und sehr schwer kranken Patienten nicht immer erreicht.
    - ➔ Haltefunktion des Containings wichtig
    - ➔ Nur kleinere Versuche von Verhaltenskorrekturen können etabliert werden
    - ➔ Überleben und Stabilisieren des Patienten steht hier im Vordergrund, durch Nähe und lange Fürsorge

# Geben von Handlungsempfehlungen III

- Grundempfehlungen an Patienten:
  - ➔ Sich nicht zu viel vornehmen (1 Aktivität am Vormittag, 1 am Nachmittag)
  - ➔ Strukturierter Wochenplan
  - ➔ Mit Angehörigen eine Notfallkaskade bzw. eine Notfallperson festlegen, insb. für den jeweils kommenden Sonntag
  - ➔ Patient sollte sich melden, sobald es ihm schlecht geht
- Patient sollten seinen Problembereich zusammenfassen, um vertieftes Grübeln zu vermeiden
  - ➔ Kommodenmethode mit übersichtlicher Zahl von Schubladen anwenden
- Handlungsempfehlungen sollen sich grundsätzlich auf die Stärkung der Selbstwahrnehmung, des eigene Inneren, aber auch auf Stärkung der sozialen Kognition (insbesondere bei schizophrenen Patienten) ausrichten
  - ➔ Gegenregulierung von Kränkungen und narzisstischen Impulse
  - ➔ Herausarbeitung der zentralen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten
  - ➔ Anregung, diesen dann auch nachzugehen und Strukturen dafür schaffen

# Patienten mit Schizophrenie: speziell

- Halt geben, DA sein, abwarten, auf die Wahnwelt usw. Klar, aber auch empathisch eingehen, da Ausdruck der Psyche, später gemeinsam Aufarbeiten, gesunde Anteile stärken und fördern.....
- Kurze und mehrere Sitzungen pro Woche; evtl. auch Spaziergänge, im Cafe usw.; spontan mal zeit haben, geduldiges Antworten auf Mails („Kreisen des Patienten)
- Gefahr der psychotischen Dekompensation durch größtmögliche Akzeptanz des Patienten und seiner inneren Welten, alltägliches Miteinander schaffen, individuelle Projekte schaffen (z.B. etwas zusammen schreiben usw.), Beziehung vorbildhaft zum Lernen gestalten, schizophrene Patienten wollen sich –trotz Mißtrauen- anlehnen!
- Etwas von sich selbst erzählen, Lebens- und Reiseerfahrungen....schizophrene Patienten sind neugierig!
- Ablehnen, Gewalterfahrung und Mißbrauch thematisieren!
- **ANGST** und Ängste vor dem Leben, der Welt, den Anderen....Tod ansprechen und trainieren (daß sie auch überhaupt ein Empfinden von Angst (wieder) bekommen)!!!



# Existenzielle Themen

- Sinn des Lebens, Angst vor dem Tod, Einsamkeit, Versagen im Beruf, Bedrohung durch Krankheit, Abweisung durch Andere (Freunde, Kollegen, Familie) Partnerlosigkeit, Trennung, Glück/Unglück in der Liebe,.....vermehrt und vertieft ansprechen und bearbeiten !

## Die Angst vor dem Tod und ihre Bedeutung für die Psychiatrie

### Death anxiety and its importance for psychiatry

#### ZUSAMMENFASSUNG

Die Auseinandersetzung mit dem Tod und der Angst vor dem Tod begleitet den Menschen seit jeher, welche sich in den verschiedenen philosophischen und religiösen Positionen widerspiegelt. Auffallend ist es jedoch, dass im Hinblick auf die psychiatrischen Störungen die Beschäftigung mit diesem Thema ausgesprochen mäßig ist. Jedoch lässt die bisherige wenige Literatur vermuten, dass die „Angst vor dem Tod“ im psychopathologisch veränderten Erleben psychiatrischer Patienten eine große Rolle spielt, deren Ausmaß bislang unzureichend erfasst wird. Es werden die Begrifflichkeiten geklärt und insbesondere die Problematik des Ich-Zerfalls bei Patienten mit Schizophrenie als Ausdruck von Angst vor dem Tod näher thematisiert. Dabei wird u. a. auf die wenigen Studien zur Angst vor dem Tod bei psychischen Störungen, ihre Psychodynamik und Ansätze der sog. Terror-Management-Theorie eingegangen. Damit soll auf dieses Thema als wichtiger Teil unseres Fach-

#### Autoren

Georg Juckel<sup>1</sup>, Paraskevi Mavroglorgou<sup>2</sup>

Fortschr Neurol Psychiatr.  
2018 Apr;86(4):226-232.

# Fazit I

Pragmatische Psychotherapie in der Psychiatrie bedeutet (15 Prinzipien):

1. Benutzung von plastischen verbalen/non-verbalen Bilder sowie Humor
2. Modifiziertes mitmenschlich zugewandtes Setting
3. Aktiver Therapeut mit allen „Tasten des Klaviers“ vertraut, spricht verschiedene Methoden auf verschiedenen Ebenen nutzend (Leclair: Überraschen; nicht Müllkasten werden)
4. Sich als teilnehmender, für den Patienten Verantwortung übernehmender Mensch und sich selbst ein Stückweit „experimentell“ einlassend (Balance zwischen Autonomie und Fürsorge wahrend): der Therapeut als „wissender Reisebegleiter“
5. Entaktualisierungs- und „Sortier“funktion psychiatrischer Psychotherapie
6. Im Mittelpunkt steht der Beziehungsaufbau und Containing: Annehmen und Verstehen
7. Im Rahmen der therapeutischen Bindung dem Patienten Reagieren in Situationen und Beziehung nahebringen: Spüren und Wahrnehmen der Emotionen, Benennen und Reflektieren, Einüben des spontanen und souveränen Reagierens
8. Lernen durch Üben beginnend auf Station. Anregung der Neuroplastizität durch andauernde Wiederholung und neue Erfahrungen machen. Ständiges Durcharbeiten und Festhalten im Sprechen mit Anderen, aber vor allem in Form eines Gedankentagebuchs

# Fazit II

Pragmatische Psychotherapie in der Psychiatrie bedeutet:

9. Positivierung durch Aufschreiben von Gedanken/Beschreibungen und Finden von relativierenden „tröstenden“ Gegengedanken, Entwicklung von Gegenwelten

10. Insgesamt Prinzipien der Externalisierung, Distanzierung und Relativierung durchgehend anwenden

11. Schlußendlich Finden eines „Erklärungsmodells“, einer Formel von 1-2 Sätzen, die der Patient für sich formuliert (Narrativ) und Ritualhaft wie ein „Amulett“, „Totem“ oder „Gebet“ anwendet.

12. Daraus folgen gemeinsam erarbeitete Handlungsempfehlungen bzgl. individuell-spezifischer Übungsprogramme

13. Kombination mit Anwenden von Skills und Entspannungstechniken wie Yoga: Finden zu sich und seinem Selbst, damit Runterregulieren und Grundlage zur Entwicklung und Anwendung mentaler Strategien schaffen

14. Im Mittelpunkt steht die Affektenlehre von Spinoza: „über Emotionen läßt sich nicht diskutieren“. Nur durch einen anderen Affekt kann ein negativer Affekt ersetzt werden. Dies kann durch das Einüben von Gedanken mit anderer, evtl entgegengesetzter emotionaler Valenz geschehen.

# Fazit III

Pragmatische Psychotherapie in der Psychiatrie bedeutet:

15. Wachsamkeit des Therapeuten bzgl Übertragung, aber vor allem auch seiner Gegenübertragung. Diese bewußt wahrnehmen, steuern und einsetzen und dadurch die ständige notwendige produktive Spannung im psychotherapeutischen Prozeß aufrechterhalten. Dies ist eine besondere Herausforderung bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen, z.B. der histrionischen.

All diese Prinzipien können in der Haltung von „Geduld und Sympathie haben“ zusammengefaßt werden. Dies trifft in der ggw. Medizinethik auf Ansätze für eine „Medizin der Zuwendung“ (Maio 2015). Hier steht eher das hermeneutische Verstehen als das rein funktionale Erklären und damit die Subjektivität und Zwischenmenschlichkeit im Vordergrund.

Und es gilt insbesondere für Patienten mit schweren psychiatrischen Störungsbildern wie schizophrenen und affektiven Erkrankungen, daß sie zum einen viel stärker als bisher überhaupt Zugang zu Psychotherapie finden, und daß man zum anderen damit frühzeitig, sprich z.B. im Bereich der Akutpsychiatrie, mit den hier beschriebenen Eckpunkten anfängt.

Herzlichen Dank für's Zuhören !