

## Die Tagesklinik-behandlung als Kurz- und Fokal-therapie

Die Behandlungen in einer TK wie der im BZ sind immer „Kurz“-Therapien insofern sie zeitlich begrenzt sind, - im Durchschnitt beträgt die Dauer der Behandlungen etwa 10 Wochen. Am unteren Ende der Scala – abgesehen von den in bzw. nach der Probewoche abbrechenden 7 % - von 2-4 Wochen bis zu 30 und mehr Wochen. (siehe Tabelle: Verweildauer in der TK).

Bei den Diagnose-gruppen kann man vereinfacht eine Drittelteilung erkennen:

1/3 schizophrener Formenkreis, schizotype und wahnhaftige Störungen	(ICD 10: F2)
1/3 affektive Störungen	(ICD 10: F3)
1/3 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen	(ICD 10: F4) (ICD 10: F6)

In der Regel sollte die Therapie in der TK auf einen Fokus ausgerichtet sein. Dieser Fokus ergibt sich zunächst aus den im Vordergrund stehenden Störungen des Patienten. Diese **Störung zeigt sich im Rahmen der TK-Behandlung oft in Gestalt von** sich wiederholenden, episodisch verlaufenden und manchmal dramatischen **Krisen**. Dazu gehören Suzid-drohungen oder –handlungen, selbstbeschädigendes Verhalten, Rückzug + Fernbleiben ohne telephonische Abmeldung, Einschränkung der Kommunikation auf e-mail bis zu indirekten oder auch lautstarken Klagen über einzelne inkompetente Mitarbeiter des Teams oder unbeliebte Programmpunkte uva. Solche krisenhaften Zuspitzungen sollten zunächst nicht als regressive Entgleisungen abgetan werden. Sie führen anschaulicher als es „nur“ verbal berichtete Symptombeschreibungen je können das tatsächliche Ausmaß der Beeinträchtigungen der Patienten im Umgang mit sich selbst und mit ihrer Umgebung vor Augen.

Diese krisenhaften Verhaltensweisen kann man als Ausdruck von **Wiederinszenierungen verinnerlichter pathologischer Objektbeziehungen** verstehen. Die Beziehungsstörung wird zB in Gestalt von gespaltenen – „nur guten“ und „nur bösen“ Teilobjektbeziehungen zu verschiedenen Mitgliedern des therapeutischen Teams dargestellt.

Bei anderen Patienten mit **Persönlichkeitsstörungen auf prä-psychotischem Niveau**, können die krisenhaften Verhaltensauffälligkeiten besser als Ausdruck einer erheblichen Ich-Schwäche verstanden werden. Insbesondere das Rahmenbedingungen überschreitende Verhalten ist bei diesen Patienten oft eine Folge von **Ich-Defiziten**. Verlässliche und klare Rahmenbedingungen haben hier auch die Funktion, den Pat. vor den äußeren Realitätsbedingungen zu schützen, die er angesichts seiner Ich-Schwäche aktuell nicht bewältigen kann.

Bei einer speziellen Gruppe von Patienten stellt sich die Störung in Form eines zähen Ringens oder auch wütenden **Anrennens gegen die Rahmenbedingungen** der TK-Behandlung dar. Sie können die begrenzenden Bedingungen nicht akzeptieren, nicht als notwendig für die Konstituierung eines Spielraums erkennen, sondern rennen dagegen an. Sie scheinen den Rahmen zerstören zu wollen, - unbewusst wohl in der Hoffnung, dass Ihnen das nicht wirklich gelingt. Sie provozieren die Therapeuten zu grenzziehenden Maßnahmen und drücken in den Attacken auf den Rahmen ihre Angst vor Abhängigkeit und ihren Kampf um Autonomie aus.

**Die manchmal fast unmöglich Aufgabe** des therapeutischen Teams ist es, die **Rahmenbedingungen glaubhaft zu vertreten**, ohne auf den Patienten Zwang auszuüben, ohne Unterwerfung zu verlangen, ohne sadistisch-gegenaggressiv auf die Attacken des Pat. zu reagieren. Wenn das nicht gelingt scheitert der Behandlungsversuch, führt meist zum Abbruch. Manchmal neigen wir als therapeutische Mitarbeiter im Team dazu, das destruktive Verhalten von Patienten verstehend auszuhalten im Sinn eines missverstandenen Konzept des containing. Das führt oft zu einem **Teufelskreis**: Der Patient greift zu immer drastischeren Verhaltensweisen, die Therapeuten bemühen sich, die in ihnen ausgelösten schwer erträglichen Gefühle noch länger auszuhalten und noch besser zu verstehen, was wiederum das destruktive Agieren des Patienten verstärkt - mit der Folge daß der Patient zu noch dramatischeren Mitteln greifen muß, um die Therapeuten zu eben der Grenzziehung zu bewegen, zu der er angesichts seiner labilen Struktur zwischen Selbst und Objekt nicht fähig ist.

Entscheidend für das Gelingen ist **die therapeutische Haltung**, die dem Pat. entgegengebracht wird und mit der das Team für den Rahmen einsteht. Die Qualität dessen, was Klüwer (1983) den Handlungsdialog nennt, der unvermeidlich mit dem Patienten geführt wird, **ist** dann weit **wichtiger als** alle verstehenden und **deutenden Interventionen**. Es sind vielmehr die Haltungen, die Patienten auf Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit hin überprüfen als das, was inhaltlich gesagt wird.

Die Patienten halten uns, die Mitpatienten und ihre Angehörigen mitunter oft auf Trab. Und in vielen Fällen ist es nicht zu verhindern, dass sie auch zur stationären Behandlung überredet oder eingewiesen werden müssen. Das setzt eine ausreichend gute **Zusammenarbeit** zwischen dem BZ und der stationären Abteilung voraus, was in vielen Fällen auch eine grenzziehende Funktion hat. Es kann dann sein, dass der Pat. sich kurz nach einer solchen „Verlegung“ wieder sicherer fühlt, weil jetzt endlich die Grenzziehung erfolgt ist, die er zu seiner Sicherheit und Selbststabilisierung gebraucht hat.

Im günstigsten Fall geht das wütend-destruktive Anrennen des Pat. gegen die einschränkenden, begrenzenden Rahmenbedingungen allmählich in ein gemeinsames Ringen um Rahmenbedingungen über. Was den Pat. zerstören wollten, angesichts der Gefahr in Abhängigkeit zu geraten, hat gleichsam überlebt und entsteht als ein eigenes Objekt, dem gegenüber der Patient als eigenes Selbst existieren kann. Der Rahmen entsteht jetzt gleichsam als ein „Objekt“, das einerseits für die Therapie notwendig ist und andererseits der Pat. aber auch noch aushalten und anerkennen kann. Im gemeinsamen Ringen um Rahmenbedingungen „entstehen“ das „Objekt: Rahmen“ und das Selbst des Patienten und ausreichend sichere Grenzen zwischen Selbst und Objekt. So kann ein Rahmen entstehen, den der Pat. anerkennen kann, ohne Gefahr zu laufen, seine Autonomie und seine Kontrollnotwendigkeiten aufzugeben aber auch ohne die Existenz dieser anderen Realität und dieses anderen Objekts, die außerhalb und unabhängig von ihm als anderes Subjekt existieren, verleugnen zu müssen.

Die Mosaiksteinchen der Partial-Übertragungen spiegeln die Zersplitterung der inneren Welt des Patienten. Sie müssen zuerst im Team zusammengefügt werden, um anschließend die Fragmentierungen beim Patienten zu lindern.

Oft sind Patienten ja auch nach Entlassung aus der stationären Behandlung und erfolgreicher Vermittlung eines Einzeltherapie-Platzes anfangs mit der Konzentration aller Übertragungs-Affekte auf eine Person überfordert. Dies löst oft neuerliche

massive Verschmelzungsängste aus. Eine häufige unbewußte Strategie von Patienten in diesem Stadium beschreibt Bruns als „soziale Vernetzung“:

Patienten beginnen parallel zur Einzeltherapie quasi-therapeutische Beziehungen zu anderen Personen oder Institutionen. Dies empfiehlt Bruns nicht als Widerstand zu deuten und zu bekämpfen, sondern als Schutz vor der Regression in der Dyade und daher auch als Ich-Leistung anzuerkennen.

So kann die „soziale Vernetzung“ eine Entlastung für den Patienten und auch für den Therapeuten (durch Teilung der Verantwortung) darstellen. Bei erfolgreichen Therapien wird die Intensität der Vernetzung allmählich zurückgehen. (Bruns 1995)

*Die Reaktion der Gesellschaft auf die Tatsache Psychose besteht in der symptomatischen Abmilderung des psychotischen Zustands bzw. im Handling der Folgeschäden, Defekte etc. Die Psychose wird so wie andere „Schicksale“ z. B. Armut oder Verkehrsunfälle behandelt. Die psychotische Erkrankung kann aber als Folge einer Beziehungskatastrophe angesehen werden, die in erster Linie eines zwischenmenschlichen Einsatzes, einer Rückholaktion bedarf. (Lempa 1998)*

In dieser psychoanalytischen Auffassung ist die Psychose eben kein neurobiologischer Verkehrsunfall, sondern

*die Krankheit selbst darf dem Kranken nichts Verächtliches mehr sein, vielmehr ein würdiger Gegner werden, ein Stück seines Wesens, das sich auf gute Motive stützt, aus dem es Wertvolles für sein späteres Leben zu holen gibt. (S. Freud 1914)*

Dieses Wertvolle wird in der Therapie gemeinsam erarbeitet durch Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.

Aus dem gleichnamigen Aufsatz von Freud stammt auch das obige Zitat.