

# **Die Stabilisierungsphase in der stationären Psychotherapie**

Grundlagen und Methoden

Vortrag Bad Wildungen 19.7.2018

Prof. Dr. Reinhard Plassmann  
Gartenstraße 18  
72074 Tübingen  
[prof.plassmann@gmx.de](mailto:prof.plassmann@gmx.de)

## 1. Die Rolle der Emotionen in der Entstehung von Krankheiten

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Frau Sauer, lieber Herr Nikisch, ich bedanke mich für die Einladung zu dieser Weiterbildungsveranstaltung und freue mich über Ihr Interesse an Konzepten, wie sich die Instabilität zahlreicher Patienten erklären lässt, und wie therapeutisch geholfen werden kann. Der Schwerpunkt unseres Abends liegt dabei auf der stationären Psychotherapie, diese Ansätze sind aber problemlos modifizierbar auch für die ambulante Situation.

Beginnen wir also mit der Frage, wie wir die Begriffe Stabilität und Instabilität verwenden wollen.

Eine stationäre Psychotherapie ist dann indiziert, wenn die Patientinnen und Patienten ihrem Alltag nicht mehr gewachsen sind. Dieser Zustand kann **Instabilität** genannt werden. Ziel der stationären Psychotherapie ist also nicht, alle erlittenen Traumata und deren Folgen aufzulösen, Ziel ist vielmehr, den Patientinnen und Patienten zu einem inneren Zustand zu verhelfen, in dem sie ih-

rem Alltag wieder gewachsen sind und ambulante Hilfen nutzen können. Die stationäre Psychotherapie dient der **Stabilisierung**, dem Herstellen von Alltagsstabilität.

Mit dieser sehr konkreten Zielsetzung ist auch die Anforderung an die stationäre Psychotherapie verbunden, genau zu klären, welche Prozesse dazu geführt haben, dass die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, verloren gegangen ist und was erforderlich ist, sie wiederherzustellen.

Legt man die Erkenntnisse der modernen Emotionsforschung zugrunde, dann wird deutlich, dass die Symptome der Patienten genauer betrachtet dysfunktionale Versuche der Emotionsregulation sind. Am Beginn der Erkrankung steht stets eine unbewältigbar große Menge von emotionalen Belastungen, entstanden manchmal durch Einzelereignisse, meist durch eine Kumulation. Es sind negative emotionale Energien, deren Summe das **Belastungsmaterial** bildet. *Belastung* beschreibt die gefühlte emo-

### Konsequenzen der modernen Emotionsforschung für die Krankheitsmodelle

- **Emotionen stehen nicht am Rand sondern im Zentrum** psychischer Prozesse, sie sind nicht Begleiterscheinung sondern Energiequelle und Organisator.
- die menschliche Psyche braucht **Emotionsregulation** als Voraussetzung für seelisches Wachstum.
- Psychosomatische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen entstehen durch **unvollständige Regulation und Transformation von emotional negativem Material**
- Die Erkrankungen sind **dysfunktionale Versuche der Emotionsregulation**, Lösungsversuche, die nicht lösen. Sie sind **Negativmuster**.

tionale Situation, der Ausdruck ist deshalb auch Patienten sofort plausibel. Der etwas technische Begriff *Material* ist durchaus bewusst gewählt. Er abstrahiert das Konkrete, auf diese Weise wird die notwendige kognitive Distanz möglich.

Die Entstehung einer psychosomatischen Erkrankung als gescheiterter Versuch der Emotionsregulation verstanden ist also kein passiver Vorgang, sondern Ergebnis einer aktiven Lösungssuche in einer von negativen Emotionen überfluteten Situation. Ein Teil dieser Suche geschieht unbewusst und intuitiv, ein nicht geringer Teil allerdings auch bewusst. Am Beispiel eines bulimischen Fressanfalls wird das deutlich. Am Anfang steht in den meisten Fällen ein unerträgliches inneres Leeregefühl, was daher rührt, dass die Patientin in vielen Jahren die emotionale Verbindung zu ihrer eigenen Person verloren hat, weil das, was ihr eigenes Selbst, ihre Persönlichkeit ausmacht, erst von der sozialen Gruppe und dann auch von ihr selbst als etwas Negatives wahrgenommen wurde. Sie hat dann versucht, das was sie eigentlich ist, zu ersetzen durch das, was sie glaubt, dass sie sein soll. Dieser Zustand kann mit einem unerträglichem Gefühl verbunden sein, was einem Hunger ähnelt. Dieses Bedürfnis, sich einmal satt und in sich ruhend zu fühlen, wird aus der zum Lebensstil gewordenen Anpassungshaltung heraus unterdrückt, bis die Patientin die Erfahrung macht, dass sie sich im unbeherrschten, hemmungslosen Essen für kurze Momente von dieser Leere befreit fühlt. Im Überfressensein allerdings enden diese kurzen glücklichen Momente wieder und machen einem Gefühl von Ekel und Scham sich selbst gegenüber Platz, was dann wiederum mit dem Erbrechen reguliert werden soll. Wie der innere Zustand von Leere und Scham entstanden ist, das ist der Patientin nicht bewusst, den Esseanfall hingegen, der gegen diese negativen Zustände helfen soll, plant sie bewusst, oft auch das Erbrechen.

Hat sich die Bulimie einmal ausgebreitet, dann investieren die Patientinnen den größten Teil ihrer Energie in dieses krankhafte, dysfunktionale Muster der Emotionsregulation, in Lösungsversuche die nicht lösen, in **Negativmuster**, die alles schlimmer statt besser machen.

Gegenstand der Stabilisierungsphase ist deshalb, die Negativmuster zu identifizieren und zu unterbrechen. Diesem Thema wollen wir uns nun zuwenden.

Wenn psychosomatische Erkrankungen als Folge unregulierbar starker emotionaler Belastungen verstanden werden können, dann folgt daraus nämlich nicht, dass wir in der stationären Psychotherapie als erstes damit beginnen müssten, alle emotionalen

Belastungen, die zu dieser Entwicklung geführt haben, aufzudecken, im Gegenteil. Wir müssen vielmehr systematisch und schrittweise die Fähigkeiten zur Selbstregulation wiederherstellen. Die Therapie einer bulimischen Patientin wie gerade skizziert beginnt also nicht damit, die unerträglichen Leeregefühle und Selbstzweifel und deren Hintergründe aufzudecken, sondern sie beginnt damit, die Kontrollfähigkeit der Patientin über das Negativmuster Bulimie wiederherzustellen.

Das Prinzip Stabilisierung besteht daraus, die dysfunktionalen Strategien der Emotionsregulation, die Negativmuster, zu identifizieren und einen stationären Rahmen zu schaffen, der es den Patientinnen ermöglicht, die Negativmuster unter Kontrolle zu bekommen, d. h. zu beenden. Die Fähigkeiten hierzu sind viel besser als allgemein angenommen wird.

## 2. Das vierphasige Modell der stationären Psychotherapie

Für die Konzeption stationärer Stabilisierungsarbeit ist nun die Erkenntnis wichtig, dass im Kern der Erkrankung stets etwas Positives steht, nämlich die Suche nach Lösungen, ein **Selbstheilungsversuch**, der allerdings in die Hölle eines Negativmusters geführt hat. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich enorm entlastet, wenn dies anerkannt wird, weil es ihrer eigenen Erfahrung entspricht. Wichtig ist auch die Erkenntnis, dass die Negativmuster die Eigenschaft haben, sich **eigengesetzlich auszubreiten**. Nicht die Patientin und ihre Persönlichkeit sind deshalb zu Therapiebeginn der Ansatzpunkt der Veränderung, sondern die Muster, in die sie hineingeraten ist und aus denen sie sich nicht wieder befreien konnte.

Häufige Negativmuster als Indikation für stationäre Stabilisierung und Psychotherapie sind:

### Prinzip Stabilisierung

- Instabilität entsteht durch das Praktizieren von dysfunktionalen Lösungsstrategien (**Negativmuster**)
- ihr ursprünglicher Sinn ist, emotionale Belastung abzubauen
- sie sind dysfunktional, weil sie diesen Zweck nicht erfüllen, sondern im Gegenteil die emotionale Belastung erhöhen und zahlreiche weitere Störungen auslösen
- sie werden beendet auf dem Wege der **aktiven Selbststabilisierung**

- Magersucht
- Bulimie
- selbstverletzendes Verhalten
- Vermeidungsverhalten bei Angststörungen
- Suchtverhalten (Alkohol, Drogen, Bildschirm)
- Suicidalität
- delinquentes Verhalten
- Selbsttriggerung
- depressives Verhalten

Es ist sehr interessant und nützlich, sich die Gesetzmäßigkeiten dieser Negativmuster klarzumachen und wir werden uns deshalb als Beispiel mit dem selbstverletzten Verhalten noch eingehender beschäftigen.

Lassen Sie uns als erstes gleichsam die Werkstatt aufbauen: wie kann man einen stationären Rahmen konzipieren? Eine bewährte Systematik für die stationäre Stabilisierung und generell für psychotherapeutische Prozesse ist die vierphasige Arbeitsweise aus **Stabilisierungsphase, Phase der Ressourcenorganisation, Phase der Exposition und der abschließenden Phase der Neuorientierung**. Sie greift die Ergebnisse der modernen Emotionsforschung auf und hat sich in der Praxis außerordentlich bewährt.

## 2.1 prästationäre Stabilisierung

Die Stabilisierungsarbeit kann bereits prästationär beginnen. Dies ist nicht nur nützlich, weil es die stationäre Arbeit vorbereitet, erleichtert und verkürzt sondern die prästationäre Stabilisierung ist auch notwendig, weil vor der stationären Rahmen und die Mitpatienten vor bestimmten Negativmuster wie Tötlichkeit, Delinquenz, Drogenkonsumen geschützt werden müssen, nicht um den Komfort der dort Tätigen und dort Behandelten zu verbessern sondern weil Gewalt, Kriminalität, Drogen mit seelischem Wachstum unvereinbar sind. Ein Patient, der seine Mitpatienten und Therapeuten

### Prästationäre Stabilisierung

- Bestimmte Negativmuster beschädigen den therapeutischen Rahmen, der davor geschützt werden muss
- Beispiele: selbstverletzendes Verhalten, Tötlichkeit, delinquentes Verhalten (Diebstähle)

#### Stabilisierungs Methoden:

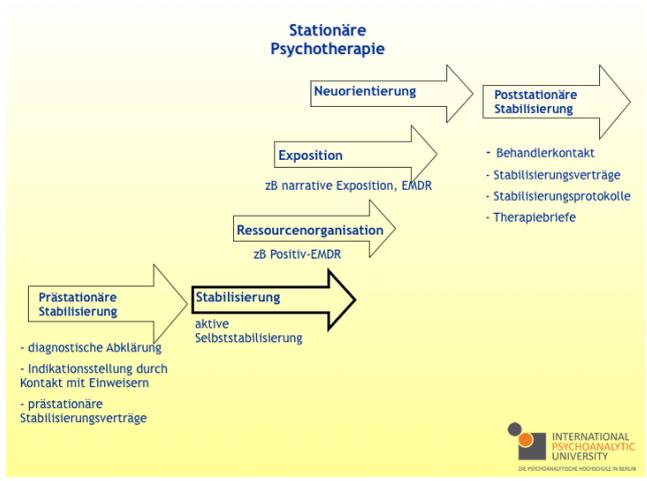
- Briefkontakt mit Vereinbarung von Aufnahmebedingungen
- Alternative: Aufnahmestation zur Therapievorbereitung

verprügelt, bestiehlt und Drogen eingeschleppt kann in einem psychotherapeutischen Rahmen nicht behandelt werden. Erfreulicherweise und erstaunlicherweise sind die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, bestimmte Negativmuster bereits prästationär zu beenden, wesentlich besser als allgemein befürchtet. Allerdings muss genauestens beachtet werden, dass nur solche Dinge als prästationäre Aufgabe und Aufnahmebedingung festgelegt werden, die tatsächlich leistbar sind. Das kann die Vereinbarung sein, selbstverletzendes Verhalten bis zur stationären Aufnahme einzustellen und das stationäre Team von jedem Rückfall schriftlich zu benachrichtigen, es kann die Vereinbarung sein, Alkohol Missbrauch oder Drogenkonsum prästationär zu beenden oder im Falle von delinquentem Verhalten wie zum Beispiel Ladendiebstahl eine ausreichend lange deliktfreie Zeit einzuhalten und ebenfalls über jeden eventuellen Rückfall zu informieren.

Das Entscheidende an prästationären und stationären Stabilisierungsvereinbarungen ist nicht nur die Unterbrechung eines für Patient und Umgebung extrem schädlichen Negativmusters, sondern auch die **Verantwortungsübernahme** der Patientinnen und Patienten. Wir nennen dies **aktive Selbststabilisierung**. Sie ist das Wirkprinzip der Stabilisierungsphase.

## 2.2 stationäre Stabilisierungsphase

Die Patienten beginnen die **Stabilisierungsphase** sowohl prästationär wie stationär in der Regel mit der Erwartung, passiv stabilisiert zu werden. Der Therapeut, die Klinik, sollen etwas tun, damit die Patientin keine Fressanfälle mehr hat, sich nicht mehr selbstverletzt etc. Wenn der Therapeut einen Zauberstab hätte, mit dem er das bewirken könnte, so wäre nichts dagegen einzuwenden. Die Erfahrung lehrt jedoch, wie schwach die Kräfte des Therapeuten sind verglichen mit der Kraft des Patienten, sein Symptom, seine Negativmuster zu verteidigen. Es ist also wichtig, den Patienten zu zeigen, wie sie Verbindung bekommen zu ihren eigenen, be-



reitliegenden Stabilisierungsressourcen.

Dies ist **aktive Selbststabilisierung**.

Sie beginnt mit der gemeinsamen Analyse, welches Negativmuster die stärkste selbsttraumatisierende und entwicklungsblockierende Wirkung hat. Die Patientinnen übernehmen als **ersten Schritt** der Stabilisierungsarbeit Verantwortung, die praktizierten Negativ-Muster zu identifizieren, sie zu Hierarchisieren,

indem das negativste davon wird und sich dann an die Arbeit zu machen, dieses Negativmuster unter Nutzung ihrer vorhandenen Ressourcen zu kontrollieren und zu beenden.

Eine wichtige und notwendige Funktion des stationären Behandlungsteams ist es, die Schritte zu kennen und die Reihenfolge der Schritte, die aus dem jeweiligen Negativmuster herausführen, das Muster stoppen, den Patientinnen und Patienten dann diese Schritte zu erklären und einen Rahmen zu schaffen, der die Entscheidung, das Muster zu beenden, jeden Tag erneuert und ihnen hilft, ihre eigenen Fähigkeiten zur Musterunterbrechung zu erkennen und zu nutzen. Diese Fähigkeiten bestehen aus dem Beenden von allem, womit der Patient, die Patientin bisher aktiv zur Aufrechterhaltung des Negativmusters beigetragen hat, meist, ohne sich darüber bewusst zu sein. Das therapeutische Team lernt mit der Zeit immer klarer zu erkennen, womit Patientinnen und Patienten ihr Negativmuster stärker machen und wie sie sich stattdessen anders entscheiden können.

Im Fall Bulimie versuchen praktisch alle Patientinnen, weil sie sich selbst verachten für ihre Fressanfälle, möglichst gar nichts mehr zu essen. Sie frühstücken nicht, essen nicht zu Mittag und bauen über den Tag einen solchen enormen Hunger auf, dass der abendliche Fressanfall die fast notwendige Folge ist. Der erste Schritt in der Stabilisierung der Bulimie ist deshalb das Wiedereinführen eines regelmäßigen Mahlzeitenrhythmus mit 3-5 Mahlzeiten pro Tag. Dadurch nimmt der Fressdruck, wie alle Patientinnen berichten, schlagartig ab.

Bei selbstverletzendem Verhalten, wir werden uns hiermit noch genauer beschäftigen, ist besonders augenfällig, wie dieses Verhalten ohne Erfolg in allen Situationen prakti-

#### Voraussetzungen zur Unterbrechung von Negativmustern:

##### *Patientenseitig:*

- Schädlichkeit des Musters spüren
- verbindliche Entscheidung treffen
- Veränderungsprozess planen

##### *Therapeutenseitig:*

- Kontrollfähigkeiten des Patienten einschätzen können
- Strategien der aktiven Selbststabilisierung kennen
- Einigkeit im Therapeutenteam über eingesetzte Stabilisierungsstrategien

ziert wird, in denen Emotionsregulation notwendig ist. Erst in dem Moment, in dem die Patientinnen sich aktiv entscheiden, das selbstverletzende Verhalten einzustellen, fangen sich die normalen Fähigkeiten zur Emotionsregulation wieder an zu entwickeln. Es hat außerordentlich befreiende Wirkung auf die Patientinnen und Patienten, ihnen diesen Zusammenhang zu erklären. Die Motivation und die Fähigkeit, für das eigene Verhalten Verantwortung zu übernehmen, nimmt dadurch stark zu.

Eine Selbstverletzungspatientin, die sich aktiv und verbindlich für die Beendigung des selbstverletzenden Verhaltens entschieden hat, wird im gleichen Moment anfangen zu überlegen, welche tatsächlich wirksamen und realisierbaren Möglichkeiten zur emotionalen Selbstregulation, also zum Spannungsabbau, konkret genutzt werden können. Häufig sind es äußerst einfache Dinge, die den Ausstieg aus dem eingeschliffenen Selbstverletzungsmuster ermöglichen: die Selbstisolation im Klinikzimmer beenden, Kontakt aufnehmen, Gespräche über normale Dinge führen, sich körperlich bewegen.

Alles, was den gesunden, emotional positiven Pol der Persönlichkeit bildet, können wir als **Ressourcen bezeichnen**. Unter dem Einfluss der Negativmuster ist der Kontakt der Patientinnen und Patienten zu ihren eigenen Fähigkeiten weitgehend verloren gegangen. Die Unterbrechung der Negativmuster in der Stabilisierungsphase geschieht durch die wiedergewonnene Verbindung zu den eigenen Fähigkeiten. Allein schon die gefühlte Erkenntnis der Patientinnen, in die Fänge eines Negativmusters geraten zu sein, ist eine Wahrnehmung, die vom gesunden Pol der Persönlichkeit herrührt, ebenso ist die Entscheidung, sich mit allen Fähigkeiten diesem Negativmuster zu widersetzen, eine Aktivität des gesunden Persönlichkeitsbereichs, wie auch alle weiteren Aktivitäten, durch die gesunde Fähigkeiten der eigenen Person wieder zugänglich, erlebbar werden.

Stabilisierung bedeutet also nicht nur Beendigung, Unterbrechung von etwas Negativem, sondern zu Stabilisierung gehört auch ein faszinierender seelischer Wachstumsvorgang, in dem sich die verloren gegangenen Fähigkeiten wieder bilden und neue hinzukommen, also Ressourcenorganisation.

Es bewährt sich, **Ressourcenorganisation** als zweite Phase der stationären Psychotherapie zu definieren, obwohl Ressourcenorganisation, wie wir gesehen haben bereits in der Stabilisierungsphase lebhaft beginnt. Die systematische Trennung zwischen Stabilisierung und Ressourcenorganisation hat den Vorteil, das Missverständnis

zu vermeiden, stationäre Psychotherapie könne eine feel-good Zeit sein, in der man sich an seinen Fähigkeiten freut, in der einem die harte Arbeit der Stabilisierung aber erspart bleiben könnte.

### 2.3. Die Phase der Ressourcenorganisation

Im Prozess der Ressourcenorganisation müssen wir uns zunächst von der Vorstellung verabschieden, wir als Therapeuten seien die Ressource, wir seien das heilsame Prinzip. Wir sind es nicht. Wir stellen aber günstige Bedingungen her für das Wirksam-Werden der vorhandenen Ressourcen. Hierzu ist in der klinischen Psychotherapie schon ein großes Repertoire von Methoden der Ressourcenorganisation entstanden. Bewährt sind imaginative Verfahren wie z. B. die Arbeit mit dem **sicheren Ort**, den **inneren Helfern**, die Arbeit mit den bekannten Distanzierungsmethoden wie Bildschirmtechnik und Ähnliches. Äußerst wirksam ist das von Shapiro in das EMDR eingeführte Finden des individuellen heilungsförderlichen Rhythmus', sei es mit Augenbewegungen oder auf anderem Wege, beispielsweise auch mit taktilen bilateralen Stimulationen.

In der Arbeit mit diesen **universellen Ressourcen** werden die Patienten, die Therapeuten ebenso, zunehmend kreativer, die Ressourcen werden dadurch individueller, problemspezifischer und dabei erheblich wirksamer.

**Individuelle Spontanressourcen** sind jene Kraftquellen, die spontan vom psychischen Selbstheilungssystem erzeugt werden. Man kann dies in jeder Therapiestunde sehr gut beobachten und nutzen, ganz unabhängig von der Therapiemethode, da es sich um natürliche Phänomene handelt.

Im Arbeiten mit dynamischen, also spontan auftauchenden Ressourcen, ist der Kreativität des Therapeuten und der Patienten keine Grenze gesetzt. Alles was stärker macht, ist gut. Die Spontanressourcen tauchen meist zuerst in der Dimension der Körperrepräsentanzen auf, also als Körperhaltung, veränderte Atmung, veränderte

#### Ressourcenorganisation

- Ressourcen bestehen aus Kontakt zu emotional Positivem
- Ressourcenkontakt ist Voraussetzung für Traumaverarbeitung
- **Alltagsressourcen:** emotional positive Alltagsbeschäftigungen
- **Standardressourcen:** sicherer Ort, Tresorübung (Beispiele)
- **Spontanressourcen** in der Therapiestunde: Stolz, Freude, Beruhigung, innere Ordnung, positive Körpergefühle, positive Bilder oder Erinnerungen
- spezielle Methoden: **Positiv-EMDR** (Prozessieren von Ressourcen mit Augenbewegungen oder Pads), **Fokussieren** von Spontanressourcen (Situation, Emotion, Körpergefühl, positive Kognition)



Mimik. Dies wird unterstützt durch Fokussierung auf die Körperwahrnehmungen, auf damit assoziierte Situationen mit intensivem Ressourcenkontakt und die dazugehörige positive Kognition.

Die mittlerweile in die EMDR-Ausbildung integrierte sogenannte **Absorptionstechnik** (Hofmann, 2005) ist eine sehr praktikable Standardisierung der dynamischen Ressourcenorganisation. Bipolares EMDR (Plassmann 2005) ist eine Variante des EMDR, mit der systematisch dynamische Ressourcen genutzt werden zur Auflösung von emotionalem Belastungsmaterial.

Sorgfältige Ressourcenorganisation bringt die Patientinnen mit ihren eigenen Kraftquellen in Verbindung. Allein deren Wahrnehmung, das Gefühl, dass es eine eigene heilungskompetenz, ein inneres Heilungssystem gibt, hat enormen positiven Einfluss auf die Patientinnen, die sich praktisch alle im Zustand der Hilf- und Hoffnungslosigkeit ihrem emotionalen Belastungsmaterial gegenüber befunden haben. Durch sorgfältige dynamische Ressourcenorganisation kommen erstaunlich intensive Selbstheilungsprozesse in Gang. Der natürliche Verarbeitungsprozess scheint gleichsam seine Arbeit wieder aufzunehmen. Erhebliche Teile der eigentlichen Traumakonfrontation, also der Expositionsphase werden dadurch überflüssig, weil die emotionale Belastung durch Stabilisierung und Ressourcenorganisation so stark absinkt, dass ein großer Teil des Belastungsmaterials von den Patientinnen nicht mehr als krankmachend empfunden wird.

## 2.4. Expositionsphase

Die Auflösung des restlichen seelischen Belastungsmaterials ist Wesen der **Expositionsphase**, nicht der Stabilisierungsphase.

Dies kann stationär oder ambulant stattfinden. In der Stabilisierungsphase wird anerkannt, vielleicht auch schon umrissen, auf welches Belastungsmaterial die Patientin, der Patient mit einem oder mehreren Negativmustern reagiert hat. Sich mit diesem emotionalen Traumamaterial zu befassen, bevor Stabilisierung und Ressourcenorga-

### Exposition

#### *Definition von Exposition:*

- Jede emotionale Kontaktaufnahme mit psychischem Belastungsmaterial ist Exposition.

nisation stattgefunden haben, wäre eine extreme Überforderung, vor der die Patienten aber auch die Therapeuten geschützt werden müssen. Erfahrungsgemäß glauben fast alle Patienten, die stationäre Therapie würde damit beginnen, dass sie sich mit ihren ungelösten Problemen befassen und sind sehr erleichtert, wenn geklärt wird, dass erst sorgfältig die Voraussetzungen hergestellt werden

Die Befürchtung mancher Patienten, wenn sie ihre Negativmuster wie zum Beispiel Essstörung, selbstverletzendes Verhalten, Suchtverhalten beenden, seien Sie einer unerträglichen Wucht des emotionalen Belastungsmaterials ausgesetzt, ist erfreulicherweise unbegründet. Zum einen wächst die Fähigkeit der Persönlichkeit, sich auch mit Problematischem zu beschäftigen im Verlauf von Stabilisierung und Ressourcenorganisation stark an, zum anderen wird eine traumatherapeutisch konzipierte Expositionsphase sorgfältig auf dosierte, schrittweise, immer freiwillige Konfrontation mit dem emotionalen Belastungsmaterial achten. Manchmal wird dies als **sanfte Traumatherapie** bezeichnet, es ist aber nicht der Wunsch nach Sanftheit, aus dem sich die Systematik der der Expositionsphase ergibt, sondern es sind die Gesetzmäßigkeiten seelischer Verarbeitungsvorgänge die der dosierten und kontrollierten Expositionsarbeit zugrunde liegen.

In der Expositionsphase arbeiten wir also mit emotionalem Belastungsmaterial, welches sich in der Ressourcenorganisation nicht spontan aufgelöst hat. Bei Patientinnen mit Essstörungen, auch bei Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten, stoßen wir beunruhigend häufig auf konkrete Erfahrungen von innerfamiliären sexuellen Übergriffen. Bei Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten sind es häufig seelische und auch körperliche Gewalterfahrungen, die in den Patienten unerträgliche Gefühle von Aggression und Hilflosigkeit erzeugt haben.

In noch tieferen Schichten finden sich bei Magersüchtigen erstaunlich häufig infantile Erfahrungen körperlich repräsentierter Angst vor Selbstverlust und Selbstauflösung als traumatischem Kernaffekt, reaktiviert in der Pubertät, bei Bulimiepatientinnen eine unerträgliche emotionale Leere und Bindungslosigkeit. Die Begegnung mit diesem emotionalen Material, welches von großer Heftigkeit ist, muss sehr sorgfältig dosiert werden. Es geht leider über die Grenzen dieses Vortrags hinaus, die Grundlagen und die Methoden des Durcharbeiten von Belastungsmaterial in der Expositionsphase ausführlich darzustellen

Ein vollständiges Durcharbeiten des emotionalen Belastungs- und Traumamaterials ist allerdings nicht Aufgabe einer stationären Psychotherapie, die Patienten haben nach erfolgreicher Stabilisierung und Ressourcenorganisation ihre Fähigkeit zur Alltagsbewältigung wieder erworben und haben stationär die Notwendigkeit systematischer, also dosierter und kontrollierter Exposition erlebt und können auf dieser Basis zur ambulanten Psychotherapie übergehen.

## **2.5. Die Neuorientierungsphase**

Am Ende einer stationären Psychotherapie steht der Übergang in das ambulante Behandlungssetting. Auch in diesem Therapieabschnitt, der in der Regel die letzten 1-3 Wochen der stationären Psychotherapie beansprucht, zeigt sich, dass die Patientinnen und Patienten während der stationären Psychotherapie die Identifikation von Belastungsmaterial, den Umgang damit, die emotionale Selbstregulation und die Nutzung ihrer kreativen Ressourcen verstanden, erlernt und geübt haben. Patientinnen können hier versucht sein, im Denken an jene Aufgaben, vor denen sie in ihrem Alltag stehen werden, wieder ihre Negativmuster zu aktivieren oder sie könnten sich bei der Reorganisation ihres Alltags auf solche Probleme konzentrieren, die derzeit mit den zur Verfügung stehenden inneren und äußeren Mitteln noch nicht gelöst werden können. Bei genauerer Betrachtung spiegelt also die Neuorientierungsphase in ihrer Binnenstruktur genau den gleichen mehrphasigen Ablauf, der die gesamte stationäre Psychotherapie geordnet hat, jetzt nur in Anwendung auf jenes spezifische Aufgaben, die der Alltag bereithält.

Eine gut verlaufende Neuorientierungsphase wird daran erkennbar, dass die Balance zwischen Ressourcen und antizipierten Belastungen stets zu Gunsten der Ressourcen ausfällt, das heißt es gibt eine für den Patienten verfügbare Fähigkeit zur Kreativität.

Bestandteil der Neuorientierungsphase ist auch die aktive Konstruktion des weiterführenden therapeutischen Rahmens. Die Patientinnen werden sich darüber klar, was sie künftig zum Gesundwerden und Gesundbleiben benötigen, welchen Beitrag die ambulante Psychotherapie, eventuell die stationäre Intervalltherapie und die poststationäre Stabilisierungsarbeit leisten können.

### **3. Die Arbeit mit Therapieverträgen am Beispiel des selbstverletzenden Verhaltens**

Selbstverletzendes Verhalten wird von den Patienten selbst und auch häufig von Behandlern als etwas nicht Kontrollierbares angesehen, dem widersprechen allerdings die klinischen Beobachtungen.

Eine der in der Tat zunächst überraschenden Beobachtungen war die Erfahrung, dass Patientinnen, die sich zur stationären Psychotherapie angemeldet und bei der Anmeldung angeben, dass sie selbstverletzendes Verhalten praktizieren, fast ausnahmslos imstande sind, das selbstverletzende Verhalten bereits prästationär zu beenden, wenn es für die Aufnahme unausweichlich erforderlich ist. Für dieses Phänomen spielt zum einen die bei den Patientinnen in erstaunlichem Ausmaß vorhandene Erkenntnis eine Rolle, dass das selbstverletzende Verhalten schon lange kein Hilfsmittel mehr ist, sondern nur Nachteile hat. Zum zweiten ist natürlich die Aussicht, Hilfe zu bekommen, ein starkes Motiv und beides zusammen bewirkt, dass über 90 % der angemeldeten Patientinnen ihr selbstverletzendes Verhalten bereits prästationär zuverlässig beenden im Rahmen einer schriftlich getroffenen prästationären Stabilisierungsvereinbarung. Das bedeutet keineswegs, dass die Behandlung damit überflüssig geworden wäre, es zeigt vielmehr, was die Patientinnen können und was sie zu investieren bereit sind, um aus dem Elend des selbstverletzten Verhaltens herauszukommen

Solche Erfahrungen sprechen dafür, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten um ein unter geeigneten Bedingungen kontrollierbares Verhalten handelt. Die Notwendigkeit, diese Kontrollfähigkeit auch zu nutzen, ergibt sich aus der offensichtlichen selbsttraumatisierenden Wirkung des selbstverletzenden Verhaltens. Nicht nur dem Körper wird Gewalt angetan, auch die Auswirkungen auf die emotionale Verfassung der Patientinnen sind fatal. Jede gerade keimende Verbesserung und beginnende Entwicklung würde durch neue selbst Verletzungen gestoppt. Die entwicklungsblockierenden Eigenschaften von Negativmustern werden gerade beim selbstverletzenden Verhalten sehr deutlich.

Therapeutinnen und Therapeuten tun sich manchmal schwer damit, den Ressourcen der Patientinnen zu vertrauen. Es hilft dann zu realisieren, wie notwendig und nützlich es ist, den stationären Therapieraum gewaltfrei zu halten, weil Gewalt und seelisches Wachstum sich gegenseitig ausschließen. Wenn den Patientinnen gegenüber eindeu-

tig vertreten wird, dass stationäre Psychotherapie, die zum seelisches Wachstum geeignet ist, nur in einer selbstverletzungsfreien Welt möglich ist, dann macht man die erstaunliche und erfreuliche Erfahrung, dass die Patientinnen sich nicht etwa zähneknirschend unterwerfen, sondern erleichtert zustimmen. Sie wissen, dass ihre bisherige Welt durch Erlittenes und durch selbstverletzendes Verhalten gewaltdurchseucht war und sehnen sich nach einer gewaltfreien Welt.

Ebenso wie in der Behandlung von Essstörungen hat es sich sehr bewährt, die aktive Selbststabilisierung bei selbstverletzendem Verhalten mit einem einfachen Regelsystem zu unterstützen, auf welches die Patientinnen sich in Form eines Therapievertrages festlegen. Diese Festlegung führt dazu, dass die Patientinnen ihre vorhandenen Ressourcen nutzen, um die natürlich weiterhin vorhandenen Selbstverletzungsimpulse zu stoppen und durch etwas besseres zu ersetzen.

## **Mein Antiselbstverletzungsvertrag**

Nachname: .....

Vorname: .....

Datum der Vereinbarung: .....

- § 1 *Mit dieser Vereinbarung lege ich mich darauf fest zu klären, ob mir ein gewaltfreier Umgang mit mir selbst und damit eine Fortsetzung der Therapie möglich ist. Als Selbstverletzen zählt alles, was dazu führt, dass Blut fließt, auf oder auch unter der Haut.*
- § 2 *Ich werde genau klären, auf welche Situationen außerhalb und innerhalb der Therapie ich bisher mit Gewalttätigkeit reagiert habe. Wenn ich zum Schluss gekommen bin, dass die Gewalttätigkeit nicht mehr zu meinem Leben gehören soll, werde ich für jede dieser Situationen bessere gewaltfreie Lösungen erarbeiten. Ich werde alle meine bisherigen Selbstverletzungsmethoden aufschreiben und mit der Therapeutin durchsprechen.*
- § 3 *Jeder Tag, an dem ich gewaltfrei ohne Selbstverletzung mit mir umgegangen bin, ist ein guter Tag, ich bin im grünen Bereich, jeder Tag, an dem ich mich für Selbstverletzung entschieden habe, ist ein schlechter Tag, ich bin im roten Bereich. Ich werde keinerlei Selbstverletzungswerkzeuge in meinem Besitz dulden.*
- § 4 *Sollte es während der Therapie zu Selbstverletzungen kommen, so gilt folgendes:*

*Nach der ersten Selbstverletzung halte ich eine 4-wöchige Ruhephase ohne Selbstverletzung ein, nach der zweiten Selbstverletzung entscheide ich mich für eine vollständig selbstverletzungsfreie Therapie. Bei einer dritten Selbstverletzung habe ich die Möglichkeit, die stationäre Therapie für eine dreimonatige selbstverletzungsfreie Zeit zu Hause zu unterbrechen.*

**Abb. 1:** Therapievertrag bei selbstverletzendem Verhalten

Die Regelungen dieses Therapievertrages bewirken bei Rückfällen also keinen Bindungsabbruch sondern ein Moratorium, eine Auszeit. Erstaunlich selten kommt es hierzu. Die Patientinnen realisieren, wie gut es Ihnen tut, in einer physisch und emotional gewaltfreien Therapiewelt zu sein und treffen deshalb jedes Mal, wenn Selbstverletzungsimpulse aufkommen, die Entscheidung, ob sie selbstverletzendes Verhalten praktizieren wollen oder nicht und treffen diese Entscheidung richtig. Die Abbruchquote liegt bei wenigen Prozent.

An vorhandenen Ressourcen, also an tatsächlich funktionierenden Methoden der Emotionsregulation, steht einiges zur Verfügung, viel mehr, als die Patientinnen, manchmal auch die Therapeuten, zunächst wahrnehmen.

Bei Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten hat sich naturgemäß eine ausgeprägte Fähigkeit zur Härte gegen sich selbst entwickelt. Sie sind nicht nur gewohnt zu verletzen, sie sind auch bereit, etwas auszuhalten, wenn es nötig ist. Sobald Patientinnen ihre Entscheidung, selbstverletzendes Verhalten komplett einzustellen, eindeutig getroffen haben, sind sie im Stande, auch Situationen mit hoher emotionaler Belastung durchzustehen. Sie entscheiden sich dann, die emotionale Belastung, meist durch Wut oder Hilflosigkeit auszuhalten, ohne sich selbst zu verletzen und entwickeln in kürzester Zeit zusätzliche Ressourcen, meist von sehr einfacher, naheliegender aber hoch wirksamer Art. Sie schaffen ihre Selbstverletzungsarsenale ab und statt sich in ihrem Zimmer zu isolieren, führen sie Gespräche. Statt im Zimmer die Vorhänge zuzuziehen und düstere Musik zu hören, machen sie einen Spaziergang und statt Gedanken voll Hass zu denken, malen sie ein Bild. Sie beginnen, auf dieses Bild nicht wie sonst Blut, Kreuze, Grabsteine und andere Symbole von Tod und Gewalt zu malen, sondern Symbole ihrer Ressourcen. Den Pflorgeteams kommt hier eine wichtige Funktion zu, den Patientinnen bei der Suche und Nutzung solcher einfacher Ressourcen Selbstregulation zu helfen. Keine Hilfe ist es, therapeutischerseits den Stabilisie-

rungsvertrag bei Rückfällen außer Kraft zu setzen, weil das den Patientinnen jede Motivation nimmt, den Vertrag einzuhalten.

Die Abbruchquote wegen Rückfällen ist in dieser Arbeitsweise sehr niedrig, auch wenn Patienten mit allen Schweregraden selbstverletzenden Verhaltens stationär aufgenommen werden.

Im Zuge der stark verbesserten Kontrollfähigkeit der Patientinnen über selbstverletzendes Verhalten verändert sich auch die Balance zwischen Ressourcen und Belastungsbereich nachhaltig. Jedes selbstverletzende Verhalten, so beschreiben es die Patientinnen übereinstimmend, hatte vor der stationären Aufnahme nur noch sehr kurz, in der Größenordnung von 20 bis 30 Minuten zur emotionalen Entlastung geführt. Die negativen Auswirkungen waren aber erheblich gewesen, nicht nur auf den verletzten Körper sondern vor allem auf das Selbstwertsystem. Nach jeder Selbstverletzung folgen starke negative Bewertungen der eigenen Person, die den Selbstwert von Mal zu Mal weiter schwächen. Eine weitere sehr negative Auswirkung ist der Verlust alternativer, kreativer Denk- und Handlungsweisen. Patientinnen, die noch selbstverletzendes Verhalten praktizieren, können auf emotionale Belastungen nur noch stereotyp mit selbstverletzendem Verhalten reagieren. All dies ändert sich im Zuge der aktiven Selbststabilisierung. Wenn die Patientin vorhandene Ressourcen nutzt, statt dem Selbstverletzungsimpuls nachzugeben, fühlen sich die Patientinnen danach nicht nur besser, sie sind auch stolz auf sich, häufig sehr erstaunt, wie relativ einfach die Unterbrechung des negativen Musters gewesen ist. Nach einigen Wochen der Selbstverletzungsfreiheit haben sich neue Routinen gebildet, Selbstverletzungsgedanken treten nur noch selten und ohne Kraft auf. Was man immer wieder hört ist die verwunderte Feststellung: Ich bin das nicht mehr. Die eigene Identität ist nicht mehr die einer Selbstverletzerin sondern einer erfolgreichen Patientin.

Beobachtet man viele solcher Stabilisierungsverläufe, dann wird klarer, warum die Patientinnen ihre Ressourcen bislang nicht genutzt hatten. Sehr häufig ist selbstverletzendes Verhalten ein körperlicher Bericht über verletzende Ereignisse, die nicht gesprochen werden durften, aber dennoch erzählt werden wollen. Das selbstverletzende Verhalten nur zu beenden hätte bedeutet, dass die Geschichte, die erzählt und durchgearbeitet werden möchte, nie erzählt wird. Durch die systematische Trennung zwischen Stabilisierung, Ressourcenorganisation und Exposition wissen die Patientinnen

aber, dass systematische Stabilisierung notwendige Voraussetzung ist für Exposition, also für Erzählen, Reorganisieren und Abschließen von traumatischen Ereignissen.

## **5. Zusammenfassung**

Das hier geschilderte vierphasige Vorgehen in der stationären Psychotherapie setzt eindeutige Prioritäten und orientiert sich an den Ergebnissen der modernen Emotionsforschung ebenso wie an den Behandlungserfahrungen. Stationäre Psychotherapie ist dann indiziert, wenn Patienten ihrem Alltag nicht mehr gewachsen sind, weil sich die Fähigkeiten zur Emotionsregulation und Selbstorganisation fatal verschlechtert haben. Für diese Verschlechterung ist nicht nur das Vorhandensein von unaufgelöstem emotionalem Belastungsmaterial verantwortlich, sondern vor allem die eigengesetzlich Ausbreitung von Negativmustern und der Verlust des Ressourcenkontaktes.

Stationäre Psychotherapie ist ein erfahrungsgemäß gut geeigneter Rahmen für Fortschritte in der Stabilisierung und Ressourcenorganisation, so dass sich auf diese Weise eine Basis schaffen lässt für die anschließende ambulante Psychotherapie.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Literatur:

Hofmann, A. (2005): Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme Verlag, Stuttgart

Plassmann, R. (2005): Selbstorganisation und Heilung. In: Geissler, P. (Herausgeber): Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie. Forschung und Relevanz im therapeutischen Prozess. Psychosozial Verlag. Gießen, S. 357-385

Plassmann, R. (2010): Die Kunst des Lassens. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2. Auflage.

Plassmann, R. (2015): Prozessorientierte stationäre Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Shapiro, F. (1998a): EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann Verlag

Shapiro, F. (1998b): EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn