

19.2 Bei interpersonellen Auseinandersetzungen

Wenn als therapeutischer Fokus zwischenmenschliche Konflikte gewählt werden, ist es eine **explizite Option**, die Person, mit welcher die Konflikte bestehen, in die Behandlung einzubeziehen. Im vorliegenden Abschnitt ist in erster Linie von Paarbeziehungen die Rede. Es kann sich jedoch auch um andere Personen (z. B. Eltern) handeln.

In der Regel sind bis zu etwa **vier gemeinsamen Sitzungen** im Mittelteil der IPT vorgesehen. Der Partner sollte zur Bearbeitung von Paarkonflikten erst hinzugezogen werden, wenn der Patient nicht mehr schwer depressiv ist. Wenn der Partner nach Aussage des Patienten nicht zu einem gemeinsamen Gespräch bereit ist, bittet der Therapeut um Erlaubnis, den Betroffenen **persönlich einladen** zu dürfen. Häufig erwartet der Partner, für die Erkrankung des Patienten verantwortlich gemacht und direkt oder indirekt beschuldigt zu werden. Manchmal ist der Patient auch nur unzureichend in der Lage, dem Partner zu erklären, worin der Sinn einer gemeinsamen Sitzung liegt. Aus diesem Grund hat es sich bewährt, wenn der Therapeut eventuelle Misskonzeptionen telefonisch klärt und betont, wie wichtig die Angaben einer Bezugsperson für den weiteren Therapiefortschritt sind.

Durchführung eines IPT-Paargesprächs

Wenn der Partner dann zum Gespräch erscheint, empfiehlt es sich, zu Beginn der Sitzung zu fragen, mit welchen **Erwartungen oder Zielen** er herkommt. Unrealistische Befürchtungen und Erwartungen können auf diese Weise gleich zu Beginn korrigiert werden. Oftmals fühlt sich der Partner zu den Paargesprächen regelrecht gezwungen und sieht sich aus dem Bündnis des Patienten mit dem Therapeuten ausgeschlossen. Der Therapeut macht deswegen anfänglich klar, worin der Zweck der gemeinsamen Gespräche besteht und dass es nicht darum geht, jemandem den „schwarzen Peter“ zuzuschieben, sondern **gemeinsam gegen die Depression** anzugehen.



Sitzungsziel erläutern

„Ich bedanke mich, dass Sie gekommen sind. Das wird es uns allen erleichtern, die Depression bald in den Griff zu bekommen. Das Ziel unserer heutigen Sitzung besteht darin, dass ich gerne mit Ihnen beiden abgleichen möchte, ob ich alle Zusammenhänge im Vorfeld der depressiven Episode richtig verstanden habe. Einige Informationen fehlen mir noch, weil sich Ihre Frau nicht mehr genau erinnern konnte, und ich hoffe, dass Sie diese beitragen können. Außerdem besteht heute die Möglichkeit, dass Sie mir Ihre Fragen stellen können. Gibt es noch ein weiteres Ziel, das Sie gerne heute in der Sitzung erreichen würden?“

In dysfunktionalen Paarbeziehungen wird einer der Partner häufig in unausgesprochener Übereinkunft als der „Bösewicht“ deklariert. Manchmal wird auch indirekt versucht, den Therapeuten von dieser Rollenverteilung zu überzeugen. Diese Etikettierung kann nur hinderlich sein, wenn die Konflikte konstruktiv geklärt und gelöst werden sollen. Dem Paar wird daher nahe gelegt, dass Partner typischerweise jeweils etwa zur Hälfte an ihren Beziehungsproblemen beteiligt sind. Aus diesem Grund sollte der Therapeut sich auch **nicht langfristig auf die Seite eines Partners** schlagen. Meist besteht die Tendenz, sich mit dem Depressiven zu verbünden, besonders da die therapeutische Rolle bei der IPT als „Anwalt des Patienten“ definiert ist. Im Gegensatz zu den Anfangssitzungen, wo der Therapeut eher den Patienten als Advokat mit seiner Krankheit vertritt bzw. ihm zur Seite steht, geht es bei den gemeinsamen Gesprächen im Mittelteil darum, dem Paar zu helfen, einander zu verstehen, effektiv zu kommunizieren und miteinander klar zu kommen. Es geht nicht darum, als Schiedsrichter zu fungieren oder herauszufinden, wer „Recht“ hat.

Das erste Paargespräch dient zunächst der **Informationsgewinnung**: Welche unterschiedliche Erwartungen an die Beziehung liegen vor? Worin besteht der Konflikt? Bei diesen Fragen sollte der Therapeut auf **Konfliktkonstellationen** achten, die hinter den üblicherweise angegebenen Problemthemen wie finanzielle Schwierigkeiten, Freizeitgestaltung, sexuelle Probleme, unterschiedliche Vorstellungen in der Kindererziehung oder Ärger mit der Schwiegermutter stehen. Bei

Tab. 19-2 Typische Gegensatzpaare bei Partnerschaftskonflikten.

Nähe ↔ Autonomie
Passivität ↔ Aktivität
Konventionalität ↔ Unkonventionalität
Kontrolle/Macht ↔ Submissivität/Unterwerfung

solchen Kernkonflikten kann es darum gehen, beispielsweise um Macht und Kontrolle zu kämpfen, mehr Autonomie oder auch Nähe zu erlangen, Verantwortung übernehmen zu müssen oder um die Angst, verlassen zu werden (Tab. 19-2).

Als nächstes sollte bestimmt werden, in welchem Stadium sich der Konflikt befindet. Dazu ist es hilfreich, beide Partner zu fragen, wie viel Prozent ihrer Zeit sie konfliktfrei bzw. im aktiven oder passiven Konfliktstadium verbringen. Auf

diese Weise erhält der Therapeut einen Anhaltspunkt, wie schwerwiegend die Störungen in der Beziehung sind und ob das Paar eher streitet oder Auseinandersetzungen vermeidet.

Eine weitere therapeutische Strategie, die sich im Paargespräch nutzen lässt, ist die **Kommunikationsanalyse** (Kap. 13.4). Mit ihrer Hilfe können typische Kommunikationsfehler (Tab. 19-3) direkt anhand des Austausches zwischen den Partnern während einer Sitzung aufgedeckt werden. Fragen wären z. B.: Welche Kommunikationsmuster werden deutlich? Welche Kommunikationsfehler sind zu erkennen?

Änderungsstrategien

Sind die relevantesten Kommunikationsmuster identifiziert und dem Paar bewusst gemacht, wird versucht, **alternative beziehungsfördernde Kom-**

Tab. 19-3 Typische Kommunikationsfehler.

Beim Sprecher	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle, Wünsche oder Bedürfnisse werden nicht direkt, konkret und angemessen mitgeteilt. • Stattdessen werden Forderungen gestellt. • Es wird sich schweigend zurückgezogen. • Es wird angegriffen und kritisiert. • Es wird nicht zugehört, was der andere sagt.
Beim beteiligten Zuhörer	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird kein Interesse gezeigt an dem, was der andere sagt. • Es wird sich verteidigt statt zu verstehen, was der andere empfindet. • Es werden keine Fragen an den anderen gestellt, sondern angenommen, dass man weiß, was der andere denkt. • Fragen, die gestellt werden, sind indirekte Aussagen oder Kritik am anderen wie „Warum muss immer alles so gemacht werden, wie du es willst?“. • Es wird nicht akzeptiert, was der andere sagt, z. B. „Du solltest nicht ärgerlich sein“. • Es wird zu viel Verantwortung für die Gefühle des anderen übernommen, und sie werden deswegen abgewehrt. • Es wird sich unterworfen, und später wird der andere indirekt dafür bestraft. • Es wird häufig unterbrochen. • Gefühlsäußerungen, andere Selbstoffenbarungen oder sensible Informationen, die mitgeteilt wurden, werden später im Streit gegen den anderen verwendet, z. B. „Kein Wunder, dass dein Vater dich als nichtsnutzig bezeichnet hat“. • Es besteht keine Übereinstimmung über die „Realität“ oder ein Problem, z. B.: Er behauptet, nicht zu spät heimgekommen zu sein, sie dagegen sagt, er sei über eine Stunde zu spät gewesen.

munikationsgewohnheiten zu entwickeln. Dazu stehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Günstige Kommunikation im **Rollenspiel** üben: Beispielsweise beschreibt ein Partner eventuell mit Hilfe des Therapeuten dem anderen ausführlich seine Gefühle, Wahrnehmungen oder Befürchtung in einer bestimmten Situation. Er tut dies, ohne den anderen anzugreifen, Vorwürfe zumachen, Forderungen zu stellen oder zu kritisieren. Der andere hört aktiv zu, ebenfalls eventuell mit Unterstützung des Therapeuten, stellt Fragen ohne zu unterbrechen, sich zu verteidigen, anzugreifen oder sich zu unterwerfen.



Patient: „Als wir letzten Freitag unseren Hochzeitstag hatten, war ich sehr enttäuscht, dass du deine Mutter eingeladen hast ohne es vorher mit mir zu besprechen. Ich kam von der Arbeit heim, und da standet ihr beide am Herd und habt gekocht. Ich fühlte mich von euch gar nicht wahrgenommen, obwohl es doch mein Hochzeitstag war. Ich hatte mich darauf gefreut, dass wir beide zusammen essen gehen, uns etwas gönnen und Zeit miteinander verbringen.“

- Es können „**Übersetzungshilfen**“ angeboten werden von dem, was gesagt wurde.



Patientin: „Du bist nie zu Hause.“

Therapeut zum Ehemann: „Ich glaube, Ihre Frau fühlt sich häufig einsam.“

- Der Therapeut fungiert als **Modell** für einen interessierten, aktiv zuhörenden Partner.



Patient: „Ich komme heim, und es erwartet mich ein einziges Durcheinander.“

Therapeut: „Was empfinden Sie, wenn Sie heimkommen, und alles ist durcheinander?“

Patient: „Ich fühle mich überfordert, meine Frau interessiert sich nicht für mich.“

Therapeut: „Was heißt das für Sie, wenn sich Ihre Frau nicht für Sie interessiert?“

Patient: „Ich bin nicht wichtig, für niemanden.“

Therapeut: „Ich verstehe. Ist das ein Gefühl, das Ihnen bekannt vorkommt?“

- Alte Muster können unterbrochen und **Alternativen** angeboten werden.



Patient: „Wenn sie sich nicht ändert, ziehe ich einfach aus.“

Therapeut: „Das hört sich an wie eine Drohung. Könnten Sie stattdessen versuchen auszudrücken, was Sie sich für die Zukunft wünschen würden und wie Sie empfinden würden, wenn sich etwas ändert?“

- Es sollte **interveniert** werden, wenn Gefühle inadäquat ausgedrückt werden.



Patient (schreit): „Ich habe die Schnauze gestrichen voll von deinen Vorwürfen! Du bist doch ewig...“

Therapeut: „Ich möchte Sie hier unterbrechen. Ich kann Ihren Ärger zwar verstehen, aber zu den Regeln für gelungene Kommunikation gehört, dass Sie Ihren Affekt versuchen unter Kontrolle zu behalten. Vielleicht sagen Sie zuerst einmal mir der Reihe nach, was Sie so frustriert.“

- Ungünstige Kommunikationsgewohnheiten sollten **unterbunden** werden.



Therapeut: „Lassen Sie Ihren Mann bitte ausreden. Sie können gleich dazu Stellung nehmen“ oder „Ich kann Sie nicht hören, und Sie können einander nicht verstehen, wenn Sie beide zur gleichen Zeit reden.“

- Die **Konsequenzen** ungünstiger Kommunikation können aufgezeigt werden.



Partnerin: „Was heißt hier, es ist nie aufgeräumt zu Hause? Wie sieht es denn in deinem Büro aus? Das ist doch das totale Chaos!“

Therapeut: „Mit einem Gegenangriff auf die Aussage Ihres Mannes zu reagieren ist zwar nahe liegend und verständlich, aber es wird sehr wahrscheinlich dazu führen, dass Ihr Mann versuchen wird, sich zu verteidigen oder Sie wiederum anzugreifen. Das wird Sie beide noch weiter voneinander entfernen. Es führt nicht dazu, dass Sie einander besser verstehen oder sich auf eine Lösung einigen.“

Weitere Strategien, Interventionen und Tipps bei Paargesprächen sind im Überblick beispielsweise in dem Praxishandbuch von Hansen (2008) oder bei Bodenmann (2009) beschrieben.

Der Therapeut sollte Bemerkungen, konfrontierende Aussagen oder klärende Fragen an das Paar stets konstruktiv formulieren, um die weitere Mitarbeit beider Parteien nicht zu gefährden und um als Rollenmodell zu dienen. Unerwünschte Verhaltensweisen der Partner, wie beispielsweise aggressive Handlungen oder egoistisches Verhalten, sollten verstanden werden als einen **Mangel an geeigneten Wegen**, mit Unzufriedenheit in der Beziehung umzugehen. Der Therapeut ist insgesamt unterstützend und optimistisch und deklariert sich als **Advokat der Beziehung**, sofern beide Partner diese aufrechterhalten wollen.

Wenn wichtige Gefühle, Wünsche oder Bedürfnisse mit Hilfe des Therapeuten in angemessener Weise mitgeteilt werden, soll der Partner fragen, welche **Bedeutung sie für den Betroffenen** haben. Durch dieses Vorgehen können beide lernen, die wunden Stellen des anderen kennenzulernen, zu berücksichtigen und sensibler miteinander umzugehen. Darüber hinaus wird verständlich, welche Motive und Gründe der andere dafür hat, innerhalb eines Konflikts eine bestimmte Position einzunehmen. Dabei soll jeder für die eigenen inneren Konflikte Verantwortung übernehmen. Es geht also darum, zu lernen, den **Partner zu verstehen** ohne ihn gleich ändern zu wollen.

» Eine Patientin fühlt sich von ihrem Mann ständig belehrt oder kritisiert und hat den Eindruck, ihm nichts recht machen zu können. Auf die Frage, warum sie sich nicht mehr zur Wehr setzt, stellt sich heraus, dass sie unter tiefgreifenden Ängsten leidet, von ihm verlassen zu werden. Das Gefühl, verlassen oder ausgeschlossen zu werden, ist der Patientin seit früher Kindheit vertraut. Sie wuchs in einem gutbürgerlichen Stadtteil auf, ihre Familie hatte jedoch nicht den entsprechenden Status. Die Patientin trug häufig abgelegte Kleidung und konnte an Klassenfahrten nicht teilnehmen, weil kein Geld dafür da war. Sie fühlte sich isoliert und ausgeschlossen von ihrer Umgebung und ihren Mitschülern. Hatte sie erst einmal mit jemandem Freundschaft geschlossen, klammerte

sie sich so sehr an die Beziehung, dass der andere sich bald daraus befreite. Verlassen zu werden, wenn sie versuchte, sie selbst zu sein, wurde somit zu einem vertrauten Gefühl. «

Ist das Kommunikationsverhalten verbessert, und verstehen sich die Partner besser, kann ein **Handlungsplan** erstellt werden, um Probleme zu lösen (z. B. die Pflege der kranken Mutter). Dabei können Techniken des Problemlösens bzw. der Entscheidungsanalyse verwendet werden (Kap. 13.6). Mögliche Fragen sind z. B.: Welche Möglichkeiten stehen zur Lösung des Problems zur Verfügung, welches sind die Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten, was sind die zu erwartenden Folgen? Mit dem Lösungsprozess sollte nicht zu früh begonnen werden, d. h. nicht, bevor für alle Beteiligten klar geworden ist, worum es bei dem Konflikt geht.

19.3 In Krisensituationen

Wenn beim Patienten entweder zu Beginn oder im Verlauf der Behandlung **Suizidgefahr** besteht, ist es ratsam, die Angehörigen einzuschalten. Das Gleiche gilt unter Umständen, wenn ein depressiver **Rückfall oder andere Krisensituationen** auftreten.

» Eine junge Patientin mit interpersonellen Defiziten erzielte nach zehn Sitzungen erste Erfolge. Sie nahm den Kontakt zu einer Mitschülerin auf. Im Verlauf der nächsten Wochen entwickelt sich daraus eine unterstützende Beziehung, die der Patientin das Gefühl von Vertrauen und Zugehörigkeit vermittelte. Die Freundin muss jedoch unvorhergesehen in ihre Heimat im Ausland zurückkehren. Der Verlust dieser bedeutenden Beziehung verursacht bei der Patientin einen Rückfall in die Depression. Mit ihr und ihrer Mutter wird besprochen, durch welche Maßnahmen ein depressiver Rückzug zu verhindern ist. Die Mutter, die in der eigenen Gaststätte tätig ist, erklärt sich bereit, für die Wochenenden eine Vertretung zu finden, um sich ihrer Tochter zu widmen. Durch das Gespräch wird der Mutter außerdem klar, welche Bedeutung die Freundin für ihre Tochter hat. Daraufhin werden Pläne gemacht, wie die Patientin ihre Freundin in den Sommerferien besuchen kann, und es wer-