

5 Biografische Risikobelastung bei den für eine psychodynamische Behandlung im Rahmen der RLPT vorgesehenen Patienten

KLAUS LIEBERZ , LUCIE ADAMEK ,
BERTRAM KRUMM

5.1 Einleitung

In Deutschland haben wir ein sehr gut ausgebaut und differenziertes psychotherapeutisches Versorgungssystem implementiert. Dies reicht von psychotherapeutischen Interventionen in der Hausarztpraxis über Bemühungen in der psychosomatischen Grundversorgung bis zu den längerfristig angelegten Therapieverfahren im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) (Heuft et al. 2014, Janssen 2017, Kruse und Herzog 2012, Lieberz 1996, Tress et al. 1997). Dabei kann nur darauf vertraut werden, dass die Patienten wie auch die Psychotherapeuten im Rahmen der dafür ja auch vorgesehenen probatorischen Sitzungen zu einer für beide Seiten vorteilhaften Regelung finden. Allerdings ist dies keineswegs selbstverständlich, da auf Seiten des Patienten vielfältige Einflüsse die Therapeutenwahl und das Adhärenzverhalten beeinflussen. Über Therapieabbrüche im ambulanten Bereich unter den Bedingungen der RLPT wissen wir nichts (Baekeland und Lundwall 1975). Die Psychotherapeuten ihrerseits besitzen nur in geringer Zahl unter den heutigen Bedingungen die Option für verschiedene Behandlungsansätze, z. B. Medikamente, VT, TFP oder AP. So wird unter dem herrschenden Konkurrenzdruck sicher nicht so selten der Patient an das jeweilige Behandlungsangebot »angepasst« und zudem auch sicher mitunter aus abrechnungstechnischen Gründen in den Bereich der gutachterpflichtigen RLPT ausgewichen.

Wodurch der Weg des hilfeschuchenden Patienten in unserem gestuften Versorgungsmodell bestimmt wird, entzieht sich bis heute weitgehend der Kenntnis. Welche Patienten aus welchen Gründen auf der Suche in eine längerfristige Behandlung zu diesem oder jenem Therapeuten finden, bleibt bisher unklar. Welche Rolle dabei Empfehlungen aus dem sog. Laiensystem oder von hausärztlicher Seite spielen, ist schwer abschätzbar, insbesondere auch, in welchem Maße die Patienten diesen Ratschlägen und Empfehlungen folgen. Bei einem relativ hohen Bildungsniveau unserer Patienten (etwa die Hälfte hat einen Bildungsabschluss auf Fach-/

Abiturniveau) kann im Zeitalter des Internets und entsprechender Informationsmöglichkeiten zu den jeweiligen Therapieverfahren wie auch den Psychotherapeuten nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die Patienten autoritätsgläubig einfach der Empfehlung ihres Hausarztes folgen. Wenn sie es tun, ist dies zweifellos in sich schon eine wertvolle Information von diagnostischem Gehalt.

Es kann also angenommen werden, dass der Patient auf seiner Suche auch von weiteren Motivationen bewusster oder unbewusster Art geleitet wird. Dazu dürfen Einflussfaktoren biologischer Art, wie zum Beispiel Alter und Geschlecht des Patienten (und des Psychotherapeuten), etwaige somatische Erkrankungen und/oder Behinderungen/Einschränkungen usw. ebenso zählen wie soziale Determinanten. Diese reichen von den sozialen Rahmenbedingungen wie Finanzierung der Behandlung und der regionalen Zugänglichkeit von Psychotherapeuten bis zum Bildungsstand, der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit, dem Familienstand und der sozialen Einbindung. Damit verbunden ist sicher auch das Informationsverhalten des Patienten über Krankheiten und Therapiemöglichkeiten. Selbstverständlich bestimmen auch psychologische Faktoren das Suchverhalten des Patienten mit, wie etwa persönlichkeitsstrukturelle Beeinträchtigungen/Haltungen oder biografisch bedingte (zumeist unbewusste) Motivatoren des Suchverhaltens z. B. in Richtung einer väterlichen/mütterlichen Schutzfigur. Nicht zuletzt dürfte das psychische Störungsbild selbst, die Art seiner Ausprägung, die Dauer der Symptomatik und die bisher gemachten Behandlungserfahrungen von bedeutendem Einfluss sein. Wie all diese Faktoren zusammenwirken und welche Bedeutung einzelne Determinanten dabei gewinnen, ist unbekannt. Aus dem Zusammenspiel dieser vielfältigen Einflussmöglichkeiten ergeben sich jedenfalls erst die therapeutischen Allianzen, die in erheblichem Maße den späteren Therapieerfolg bestimmen (Tschuschke und Freyberger 2015).

Angesichts der besonderen prägenden Bedeutung biografischer Erfahrungen möchten wir an dieser Stelle zunächst der biografischen Risikobelastung unserer Patienten nachgehen und dann im nächsten Kapitel in einem zweiten Schritt die Zusammenhänge zwischen biografischen Risikofaktoren, dem Beeinträchtigungsschwere-Grad (BSS) und der späteren Therapeutenwahl sowie der davon abhängigen Auswahl des zur Anwendung kommenden Therapieverfahrens nachgehen. Dabei möchten wir Bezug nehmen auf frühere Untersuchungen und Studien, insbesondere zum sog. Risikoindex (Dührssen 1984, Dührssen und Lieberz 1999, Leibing et al. 1999, Lieberz und Schwarz 1987, Rudolf und Motzkau 1997, Rüger und Leibing 1999). Mittels des Risiko-Indexes zur Erfassung psychosozialer Belastungen in Kindheit und Jugend wurde der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß dieser Belastung und der späteren Neurosen schwere verdeutlicht und belegt. Dieser Zusammenhang ist mittlerweile auch durch retrospektiv und prospektiv angelegte Längsschnittuntersuchungen gesichert (Esser et al. 1993, Franz et al. 2000, Felitti 2002, Laucht et al. 1997, Lieberz et al. 2011, Schepank 1987, 1990, Werner

1977, Werner und Smith 1982, 1992). Die Beziehung zwischen Risikofaktoren und der späteren Erkrankungsschwere ist allerdings keineswegs deterministisch angelegt. Vielmehr münden die verschiedenen Belastungsrisiken und Protektionsfaktoren in ein vielschichtiges Bündel entwicklungshemmender wie auch entwicklungsförderlicher Bedingungen und tragen damit zur Ausformung der jeweiligen Bewältigungs- und Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen bei. Die sich dabei ergebenden Dispositionen bestimmen in späteren Lebenssituationen dann über die Bewältigungskapazität einer Person, und sie bedingen sodann ggf. auch unter ungünstigen Umständen eine entsprechende Symptomproduktion (Dührssen und Lieberz 1999). Sicher gibt es neben dieser indirekten Vermittlung der Therapeutenwahl auch personenassoziierte direktere Einflüsse auf das Suchverhalten der Patienten. Diese sollen hier aber zunächst ausgenommen werden.

In der jetzigen Untersuchung wird also davon ausgegangen, dass auf dem Hintergrund einer jeweils spezifischen Risikobelastung in Kindheit und Jugend die Persönlichkeitsentwicklung des Betreffenden nachhaltig geprägt wird und davon unter bestimmten Umständen in späteren Lebensabschnitten Art, Umfang und Dauer der Symptombelastung sowie Beeinträchtigungsschwere abhängig sind. Folgen wir den Ergebnissen unserer epidemiologischen Langzeituntersuchungen (Mannheimer Kohortenstudie MKS) dann sind die biografische Risikobelastung und der Beeinträchtigungsschwergrad des Probanden/Patienten die entscheidenden Prädiktoren für den Spontanverlauf psychogener Erkrankungen. Unter den gegebenen sozialen Rahmenbedingungen der RLPT in Deutschland treffen die Patienten auf einen Psychotherapeuten ihrer Wahl.

In dieser Untersuchung soll der Frage nachgegangen werden, wie die aufgeführten Variablen der biografischen Risikobelastung, des Beeinträchtigungsschwergrades und die, von der Therapeutenwahl abhängige, zur Anwendung kommende Behandlungsform psychodynamischer Art, hier TFP oder AP, zusammenhängen. Wir wollen hier unser Interesse also auf den Zusammenhang zwischen biografischer Risikobelastung und Beeinträchtigungsschwergrad des Patienten bei Aufnahme der Behandlung richten. Wir wollen zudem ausloten, wieweit diese beiden Variablen Hinweise auf die differenzialindikatorischen Entscheidungen der Therapeuten unter den besonderen Bedingungen der RLPT geben. Angesichts des anzunehmenden Zusammenhangs zwischen Risikobelastung und Beeinträchtigungsschwere stellt sich die Frage nach möglichen Diskrepanzen zwischen diesen beiden Faktoren und des damit verbundenen Einflusses auf die therapeutischen Entscheidungsprozesse. Zunächst soll das Augenmerk aber auf die feststellbare psychosoziale Risikobelastung in Kindheit und Jugend unserer Patienten gerichtet und dabei der Frage nachgegangen werden, welche Belastungsrisiken für die kindliche Entwicklung in den Therapeutenberichten Erwähnung finden. Angesichts der im Rahmen des MARS-Projektes bereits gemachten Erfahrungen findet dabei neben der Erfassung atmosphärischer Bedingungen in den jeweiligen Patienten-

familien eine eingeschränkte Form des Risiko-Indexes Anwendung. Dabei wird den bisher gemachten Erfahrungen Rechnung getragen (Lieberz et al. 2011), und es werden nur solche Variablen in den »kondensierten« Risiko-Index aufgenommen, die in ausreichender Form erfassbar waren.

Die Ausgangshypothesen wären wie folgt zu formulieren:

- H1 Es werden keine erkennbaren Störungen der Familienatmosphäre beschrieben.
- H2 Es wird keine besondere Risikobelastung für die Patienten im Risiko-Index erkennbar.

5.2 Methodik

Die Untersuchung basiert wieder auf Grundlage der Auswertung von 1 005 Therapeutenberichten zu Patienten, die im Rahmen der RLPT einen Antrag auf eine psychodynamisch angelegte Psychotherapie gestellt haben. Einbezogen wurden hier nur Erst- und Umwandlungsberichte. Da die Methodik eingangs ausführlich beschrieben wurde, soll an dieser Stelle nur cursorisch darauf eingegangen werden.

Wie oben ausgeführt, wurden im Rahmen des MARS-Projektes die im Risiko-Index enthaltenen psychosozialen Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend berücksichtigt und in das Dokumentationssystem eingeführt. Allerdings zeigten frühere Untersuchungen, dass die Angaben zur Biografie in den Antragsberichten der Therapeuten doch sehr lückenhaft sind, so dass nicht in jedem Fall eine vollständige Erhebung der biografischen Belastungsfaktoren in diesem Rahmen gelingen kann (Rüger et al. 1996,1997, Lieberz et al. 2011). Deshalb soll für die jetzige Untersuchung eine stark reduzierte Variante zur Anwendung kommen. Berücksichtigt wurden Verluste (160 Punkte) und Erkrankungen eines Elternteils (130 Punkte). Außerdem wurden Heimaufenthalte (80 Punkte) wie auch Belastungen aus der Geschwisterreihe (25 Punkte) in den Risikoscore einbezogen. Andere Belastungsfaktoren wurden wegen eines zu hohen Anteils an Missing Data nicht berücksichtigt.

Von den insgesamt im Rahmen des MARS-Projektes erfassten 1 005 Patientenberichten, die zwischen 2007 und 2012 zugesandt, ausgewertet und dokumentiert wurden, sind 742 (73,8 %) von weiblichen und 262 (26,1 %) von männlichen Patienten. Bei einer Person wurden keine Angaben zum Geschlecht gemacht. Sie bewegen sich in einer Altersrange von 23 und 86 Jahren und waren im Mittel 47,9 Jahre alt. Mit einem BSS-Mittelwert von 5,12 befinden sich die behandelten Patienten im Bereich bedeutsamer klinischer Beeinträchtigung und Behandlungsbedürftigkeit. Die Streuung hinsichtlich des BSS-Gesamtbeeinträchtigungsgrades bewegt sich dabei zwischen 0 und 9 Punkten.

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Familienatmosphäre Gesamtgruppe

Die Beschreibung der Familienatmosphäre samt dazugehöriger Belastungsfaktoren, in der unsere Patienten in Kindheit und Jugend groß geworden sind, ergibt folgendes Bild (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25 Familiäre Atmosphäre (0–15 J.) belastet durch:

	ja	nein	nicht abklärbar	gesamt
Armut (dauerhaft)	202 (20,1 %)	305 (30,3 %)	498 (49,6)	1 005 (100 %)
Streit (dauerhaft)	281 (28 %)	590 (58,7 %)	134 (13,3 %)	1 005 (100 %)
Gewalt/Missbrauch	260 (25,9 %)	680 (67,7 %)	65 (6,5 %)	1 005 (100 %)
Vernachlässigung/Verwahrlosung	302 (30 %)	257 (25,6 %)	446 (44,4 %)	1 005 (100 %)
Verwöhnung	61 (6,1 %)	735 (73,1 %)	209 (20,8 %)	1 005 (100 %)
Krankheit (dauerhaft)	300 (29,9 %)	666 (66,3 %)	39 (3,9 %)	1 005 (100 %)
Sonstiges	544 (54,1 %)	103 (10,2 %)	338 (33,6 %)	1 005 (100 %)
Belastet insgesamt	700 (69,7 %)	44 (4,4 %)	261 (26 %)	1 005 (100 %)

Zunächst ist festzuhalten, dass wir den Berichten in sehr hohem Maße keine Informationen zu einzelnen Teilbereichen des Familienklimas entnehmen konnten, die Missing Cases schwanken zwischen 3,9 % (dauerhafte Belastung durch Erkrankung eines Familienmitgliedes) und bis zu 49,6 % (Belastung durch Armut!).

5.3.2 Risiko-Index und Gesamtgruppe

Versuchen wir nun, diesen eher »weichen Daten« und Eindrücken aus den Berichten die Hinweise auf handfestere »harte Daten« bezüglich etwaiger Risiko- und Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend der Patienten an die Seite zu stellen, dann können wir dies in Form des sog. Risiko-Indexes zusammenfassen. Wie oben dargelegt, mussten wir allerdings bei der Erstellung des hier benutzten Risiko-Indexes der Tatsache Rechnung zollen, dass infolge der geringen Informationsdichte der Berichte eine Beschränkung auf die wesentlichsten Risiken in den ersten 15 Lebensjahren vorgenommen werden musste. Wenn wir unter Berücksichtigung dieser Einschränkung die biografische Risikoverteilung unter den Patienten betrachten, dann ergibt sich der folgende Eindruck (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26 Risiko-Index

	Häufigkeit	Prozent
0 bis 80	352	35,0
130 bis 240	396	39,4
265 bis 395	257	25,6
Gesamt	1 005	100,0

Demnach können wir bei etwa einem Drittel eine eher geringe, bei knapp 40 % eine mittelgradige und bei etwa einem Viertel der Patienten eine hochgradige Risikobelastung feststellen.

5.4 Diskussion

Angeregt durch eine frühere Untersuchung an einem schmalen Sample (Lieberz et al. 2011) kam in der jetzigen Untersuchung ein der Datengrundlage angemessener und reduzierter Risiko-Index zum Einsatz. Auf die seinerzeit vorgenommene vorwiegend formale Untersuchung wurde hier deshalb verzichtet. Hinsichtlich des im Risiko-Index dargestellten reduzierten Belastungsscores lässt sich grob gesagt eine Drittelung festhalten, d. h., knapp ein Drittel der Berichte lassen Hinweise auf eine hohe Risikobelastung bei diesen Patienten erkennen, ein Drittel eine mittelschwere und immerhin auch ein Drittel eine geringe Belastung. Da im MARS-Projekt ausgewählte Patientenpopulationen aufgenommen und untersucht wurden, wäre durch diese Vorauswahl mit einer Anreicherung risikobelasteter und pathologieträchtiger Patienten zu rechnen. Diese finden sich z. B. in der Gruppe der zu einem Obergutachten führenden Patienten wie auch in der Gruppe der sog. »High Utilizer« (Lieberz und Seiffge 2010).

Aufgrund dieser besonderen Auswahl wäre eher damit zu rechnen, dass die biografische Risikobelastung in der Gesamtgruppe der MARS-Patienten höher ausfällt, oder mit anderen Worten: trotz der Anreicherung eher »schwieriger« Patienten ist die biografische Risikobelastung, wie sie hier erfasst wurde, recht moderat. Dies könnte darauf hinweisen, dass mit dem hier eingesetzten Instrument die pathologieträchtigen biografischen Einflüsse nicht ausreichend erfasst werden können. Dies gilt natürlich für den Risiko-Index generell. Mit der Konzentration auf eher sicher zu erfassende, objektive Belastungsfaktoren geht ein erheblicher Informationsverlust einher, der die Gesamtvarianz in der Aufklärung der Neurosensschwere verringert. Wie Lieberz und Schwarz (1987) zeigen konnten, ist mit dem vollständigen Datensatz des Risiko-Indexes aber immerhin fast ein Fünftel der Gesamtvarianz in der Neurosensschwere aufklärbar. Von daher ist auch nicht zu er-

warten, dass auf der hier gegebenen Informationsgrundlage und der Erfassung mittels des erheblich »abgespeckten« Risiko-Indexes ein hinreichend genaues Abbild neurotisierender Einflüsse geliefert werden könnte. Auf die eher dürtige Informationsbereitschaft der Therapeuten soll etwas später weiter eingegangen werden.

Die darüber hinaus erhobenen Daten zur Familienatmosphäre lassen, wie zu erwarten war, weitreichende Störungen in verschiedener Hinsicht erkennen. Die oben formulierte Ausgangshypothese kann hinsichtlich atmosphärischer Störungen in den Primärfamilien der Patienten nicht bestätigt werden. Allerdings lassen auch diese Ergebnisse nochmals deutlich werden, dass die in den Therapeutenberichten beschriebene biografische Vorerfahrung in hohem Maße lückenhaft ist. Nach der vorgenommenen gutachterlichen Einschätzung sind bei knapp der Hälfte der Berichte die Darstellungen zur Biografie wenig oder gar nicht nachvollziehbar. Zudem ist die beschriebene biografische Ausgangslage nach der gutachterlichen Erfahrung auch nicht immer gut auf die aktuell zur Behandlung anstehende Symptomatik und Psychodynamik zugeschnitten (Rüger 1996, Lieberz et al. 2011).

Wenn diese Ergebnisse dennoch den anamnestischen Erhebungen auch nur annähernd entsprechen, dann zeigen sich hier schon interessante Hinweise auf Interessenschwerpunkte und »blinde Flecken« bei den Therapeuten. Es ließe sich aus den vorliegenden Daten schließen, dass Gewalt- und Missbrauchserfahrungen besonderes Augenmerk erfahren, während z.B. einer entscheidenden Hintergrundvariablen wie der Armut nur begrenzte Aufmerksamkeit geschenkt wird. Bemerkenswert ist auch, dass Verwöhnung und Verwöhnungseffekte eher selten Erwähnung finden (obwohl wir in einer in der Geschichte der Menschheit beispiellosen Verwöhnkultur leben).

Insgesamt sind diese Ergebnisse, bei allen Einschränkungen, doch bedenklich. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die im Jahr 2017 vorgenommenen Änderungen der RLPT und der Psychotherapievereinbarung mit den dort enthaltenen Änderungen hinsichtlich des Leitfadens zur Abfassung der Berichte. Diese ausgerechnet an einem zentralen Gegenstand wie der biografischen Vorerfahrung des Patienten ansetzenden Veränderungen machen deutlich, dass sich die politischen Interessen zwecks Verkürzung und Erleichterung des Therapeutenberichtes im Rahmen des GAV unabhängig von den vorliegenden, nicht unbedingt optimistisch stimmenden wissenschaftlichen Ergebnissen durchgesetzt haben. Jedenfalls ist es auf einer solchen verkürzten Basis nicht leichter geworden, sich selbst und einem Außenstehenden, wie dem Gutachter, die entscheidenden biografischen und psychodynamischen Linien für die jeweilige Psychopathologie des Patienten aufzuzeichnen (Rüger 2018).

Im günstigen Falle regen solche Kürzungsvorschläge dazu an, dass der Therapeut sich auf die wichtigsten und entscheidenden psychodynamischen Konstellationen und Hintergründe der aktuellen Symptombildung und des aktuellen Be-

handlungsanliegens beschränkt. Im leider häufiger zu beobachtenden Fall führt diese Empfehlung eher dazu, dass die biografischen Informationen so weit reduziert werden, dass keine individuelle Entwicklungsgrundlage des Patienten mehr erkennbar ist. Dabei werden dann im Extremfall schematische Versatzstücke angeboten oder die »Flucht in die Theorie« angetreten. Dann wird die Biografie des Patienten häufig zu einer nicht mehr nachvollziehbaren Konstruktion, oft sogar unabhängig von irgendwelchen realen Fakten und Geschehnissen (Küchenhoff 1996, Lieberz 2016.)

Damit stellt sich die Frage, warum die aus den Therapeutenberichten ableitbaren Informationen zur Biografie der Patienten im Großen und Ganzen so wenig gehaltvoll sind. Wir können sicher davon ausgehen, dass den Psychotherapeuten im Allgemeinen, den psychodynamisch tätigen Therapeuten im Besonderen, die wesentliche Bedeutung der biografischen Hintergrunderfahrungen und ihrer Folgen bewusst ist. So wäre im günstigsten Falle anzunehmen, dass die Therapeuten angesichts der schlecht bezahlten, aber aufwändigen Mühe des Berichteschreibens, versuchen, sich dabei auf »das Notwendigste« zu beschränken. Dies gelingt nicht immer gut, insbesondere dann, wenn entweder an den biografischen Entwicklungslinien »gespart« wird oder aber die anamnестischen Erhebungen »ungefiltert« in den Bericht einfließen. Die an sich notwendige Bemühung, dass der Therapeut versucht, sich und anderen einen ableitbaren und verständlichen Zugang zu den Hintergründen der aktuell im Vordergrund stehenden Symptomproduktion mit zugehöriger struktureller Beeinträchtigung zu verschaffen, wird dann nicht spürbar. Denkbar wäre also, dass die festzustellende Datenlücke einen methodischen, den Richtlinien und dem GAV geschuldeten Artefakt reflektiert. Die von einigen deshalb sicher vorgenommene Schlussfolgerung, dass dieser Missstand mit der Abschaffung des GAV dann ja behoben sein wird, erscheint uns allerdings sehr hoffnungsfroh. Das GAV als Überträger schlechter Botschaften legt in einem solchen Fall nur Überforderungen und Bequemlichkeiten des Therapeuten frei, ohne dass diese Haltungen mit der Abschaffung dieser Art der Qualitätssicherung beseitigt wären.

Die eingeschränkte Datenqualität könnte auch Hinweise darauf geben, dass nur das Gesehene, Erhobene und Beschriebene wird, was gelernt worden ist. So wäre es also, wie schon von Rüger et al. (1996) angemerkt, denkbar, dass hier Weiterbildungsschwerpunkte und Einseitigkeiten durchschlagen, die zum einen eine gewisse Fakten- und Realitätsferne in psychodynamischen Weiterbildungsgängen abbilden, weil es ja letztlich nicht, schon gar nicht retrospektiv, um die Erhebung des »objektiven Wahrheitsgehalts« geht, sondern immer um subjektiv Erlebtes und damit um »subjektive Wahrheiten«. Freilich lässt sich zumeist das eine vom anderen nur schwer trennen (Rüger 1981), und man kann, gerade retrospektiv, versuchen, sich der Erlebniswelt des Patienten mithilfe einigermaßen gesicherter Lebensdaten zu nähern. Jedenfalls würde dies den häufig in den Berichten vor-

genommenen Versuch einer Konstruktion subjektiver Lebenswelten auf Basis von Vermutungen des Therapeuten entgegenwirken.

Eine andere Möglichkeit der Interpretation der vorliegenden Daten könnte dahin gehen, dass persönliche und ideologische Einseitigkeiten die Wahrnehmung des Therapeuten lenken. Es wird nur das gesehen, erhoben und beschrieben, was gesehen werden will, soll oder darf. Dies wäre viel bedenklicher, weil es nur schwer zu beeinflussen ist. Hinweise darauf liefern die in den letzten Jahren inflationsartig in den Berichten auftretenden »Traumatisierungen«, hier in Verbindung mit den oben aufscheinenden Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, die unsere Patienten unzweifelhaft ja auch nicht selten erleben mussten. Wenn dann eine solche Sichtweise mit »kurzschlüssigen« Folgerungen verbunden wird (weil er/sie das früher erlebt hat, ist es ja kein Wunder, dass er/sie heute diese Symptomatik zeigt), dann sind psychodynamische Behandlungspläne kaum noch zu erwarten. Zudem besteht in einem solchen Falle auch die Gefahr, dass die ohnehin gegebene berufsbedingte Bereitschaft zur »Opferidentifikation« den auch notwendigen, distanzierteren Blick auf den Patienten leicht verstellt und dessen Opferhaltungen eher noch verstärkt.