

# Psychische und Physische Probleme beim Absetzen von Antidepressiva

## Inhalt:

1. Verlauf der Zirkulararbeit
2. Anhang: Verweis auf die Bearbeitung des Themas im Interne
3. Anhang: Übertragung und Gegenübertragung als Symptomatik

## Ad 1:

Die Internetseite, die weiter unten aufgeführt wird zählt Symptome auf, die von den anwesenden Kollegen verschiedentlich auch beobachtet worden waren und es wurden Fallbeispiele gebracht.

Infrage gestellt wurde aber an der Symptomatik aus der Internetliste, dass nicht darauf hingewiesen wurde, inwieweit eine psychische Dynamik, die der Depression zugrunde lag, Ängste vor dem Absetzen der Antidepressiva erzeugt, die dann einen Teil der aufgezeigten Symptome erst hervorruft, oder in einem Teufelskreis zu einer Somatisierungsstörung aufbaut.

Dazu mehr im Anhang Antidepressiva als Übergangsobjekt.

Zum Absetzen von Antidepressiva wurde von einem Kollegen auch ein Vorgehen vorgetragen, das sich bei chronifizierten Schmerzen, bzw. bei Somatisierungsstörungen bewährt habe. Er setzt insbesondere Trizyklika auf ein Drittel der Tagesdosis herab, in der die Trizyklika nicht mehr antidepressiv sind, aber noch deutlich auf die Schmerzsymptomatik einwirken.

## Ad 2:

[http://www.antidepressiva-absetzen.de/Stufe\\_1.html](http://www.antidepressiva-absetzen.de/Stufe_1.html)

### **Stufe 1: Abwägen, ob und wann das Absetzen des Antidepressivums angebracht ist.**

Der erste Schritt des Absetzens ist natürlich zu erwägen, ob ein Absetzen zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt angebracht ist. Im Idealfall wird diese Entscheidung nach sorgfältiger Überlegung zusammen mit dem behandelnden Arzt getroffen. Folgende Fragen können dabei der Orientierung dienen:

- Hat sich die ursprüngliche Symptomatik über einen ausreichenden Zeitraum hinweg verbessert?
- Ist der Patient durch Psychotherapie, Paar-Therapie, eine kognitive Verhaltenstherapie oder andere Massnahmen insoweit psychisch gewachsen und stabil, dass die Wahrscheinlichkeit für ein erneutes Auftreten der Symptome gering ist?

- Haben sich die Lebensumstände insoweit geändert, dass die Auslöser der Symptome nicht mehr vorhanden oder zumindest nicht mehr dominierend sind?
- Leidet der Patient an starken Nebenwirkungen, die ein Absetzen wünschenswert machen?
- Sind diese Nebenwirkungen so gravierend, dass ein Absetzen notwendig ist?
- Selbst wenn der Patient nicht unter Nebenwirkungen leidet: Zieht er es vor, das Medikament abzusetzen, statt es auf unbestimmte Zeit einzunehmen, und die meist unbekanntes Langzeitwirkungen und Risiken in Kauf zu nehmen?

In manchen Fällen kommt der Patient nach einer solchen Bewertung zu dem Schluss, dass er das Antidepressivum weiter einnehmen möchte. Falls der Patient das Medikament weiter einnehmen will, aber unter starken Nebenwirkungen leidet, kann der Arzt versuchen, die Dosis herabzusetzen oder auf ein anderes Medikament aus einer anderen Substanzgruppe umzustellen. Kommt der Patient zu dem Schluss, dass er das Medikament absetzen will, geht es weiter mit Stufe 2 - der ersten Dosisreduktion.

**Stufe 2: Erste Dosisreduktion**

Die untenstehende Tabelle zeigt die empfohlenen Schritte zur Dosisreduktion. Sie basieren auf umfassenden Erfahrungen beim Ausschleichen von Antidepressiva. Die empfohlenen Schritte wurden so ausgewählt, dass bei den meisten Patienten keine oder nur leichte Absetzsymptome auftreten. Die Reaktion des Körpers auf das Ausbleiben des Medikaments ist natürlich von Fall zu Fall verschieden. Falls Sie bei diesen Schritten mittelschwere bis schwere Entzugserscheinungen erleiden, müssen Sie in Zusammenarbeit mit Ihrem Arzt die Absetzschritte wie weiter unten beschrieben anpassen. Die Dosierungen der verschiedenen Medikamente werden in verschiedenen großen Schritten verringert.

**Empfohlene Reduktionsschritte zum Absetzen moderner Antidepressiva**

Alle Dosen sind in Milligramm pro Tag. Suchen Sie die Dosis Ihres Medikaments heraus und orientieren Sie sich an diesem Plan. Diese Reduktionsschritte müssen bei moderaten bis schweren Absetzsymptomen oder schon bekannten Absetzproblemen angepasst werden. In der Tabelle wird zunächst der Wirkstoff und dann einige Handelsnamen angegeben.

<b>SSRI</b>	
Paroxetin (Seroxat, Tagonis, Deroxat)	60 -> 40 -> 20 -> 10 -> 0
Paroxetin CR	50 -> 25 -> 12,5 -> 0
Sertralin (Gladem, Zoloft, Lustral)	200 -> 150 -> 100 -> 50 -> 25 -> 0
Citalopram (Cipramil, Celexa)	40 -> 20 -> 10 -> 0
Escitalopram (Cipralex, Lexapro)	20 -> 10 -> 5 -> 0
Fluvoxamin (Fevarin, Luvox)	300 -> 200 -> 100 -> 50 -> 0
Fluoxetin (Fluctin, Prozac)	60 -> 40 -> 20 -> 10 -> 0
<b>SNRI</b>	
Venlafaxin (Trevilor, Effexor, Efexor)	60 -> 40 -> 20 -> 10 -> 0
Duloxetin (Cymbalta, Yentreve)	60 -> 40 -> 20 -> 10 -> 0
<b>Andere</b>	
Mirtazapin (Remeron, Zispin, Remergil SolTab)	45 -> 30 -> 15 -> 7,5 -> 0
Bupropion (Zyban)	300 -> 150 -> 75 -> 0

**Stufe 3: Beobachten der Entzugserscheinungen nach einer Dosisreduktion**

Nach einer Dosisreduktion sollte man einen bis drei Termine vereinbaren, um gemeinsam mit Ihrem Arzt eventuelle Entzugserscheinungen zu bewerten. Diese Termine sind so zu wählen, dass sie sich zeitlich mit den zu erwartenden Absetzsymptomen decken. Anhand der täglichen Checkliste (siehe unten) können Ärzte und Patienten die Schwere und den Verlauf (Beginn, Höhepunkt,

Besserung) der Entzugserscheinungen verfolgen und so das individuelle Muster der Absetzsymptome ermittelt werden. Wenn die Symptome unerträglich werden, muss die Dosis wieder erhöht und die geplante Dauer des Absetzens verlängert werden.

### Tägliche Checkliste der Entzugserscheinungen

#### Zur Druckversion der Checkliste

Name:	Antidepressivum:		
Tag seit der letzten Dosisreduktion:	Datum:	Wochentag:	
Vorherige Dosis:	mg/Tag Aktuelle Dosis:	mg/Tag	
<b>Psychische Entzugserscheinungen ...</b>		<b>Physische Entzugserscheinungen ...</b>	
<b>... die den Symptomen einer Depression ähneln</b>		<b>... die den Symptomen einer Grippe ähneln</b>	
Weinerlichkeit, Weinkrämpfe		Grippeartige Schmerzen	
Stimmungsverschlechterung		Fieber	
Kraftlosigkeit (Müdigkeit, Lethargie, Unwohlsein)		Schweißausbrüche	
Konzentrationsstörungen		Frösteln, Schüttelfrost	
Einschlafprobleme, Schlaflosigkeit		Laufende Nase	
Änderung des Appetits		Brennende/tränende Augen	
Selbstmordgedanken			
Selbstmordversuche		<b>... die den Symptomen einer Magen-Darm-Entzündung ähneln</b>	
		Übelkeit	
<b>... die den Symptomen einer Angststörung ähneln</b>		Erbrechen	
Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung		Durchfall	
Panikattacken (Herzrasen, Kurzatmigkeit)		Bauchschmerzen oder -krämpfe	
Brustschmerzen		Aufgeblähter Bauch	
Zittern, fahrig sein			
		<b>... die mit dem Gleichgewichtssinn zusammenhängen</b>	
<b>Reizbarkeit und Aggressionen</b>		Gleichgewichtsstörungen	
Erhöhte Reizbarkeit		Drehschwindel, Wanken, Benommenheit	
Agitation (Rastlosigkeit, Hyperaktivität)		Katergefühl, "Wasser im Kopf"	
Impulsivität		Schwankender Gang, verschlechterte Koordination	
Aggressivität		"Seekrankheit"	
Selbstverletzendes Verhalten			
Mord/Gewaltphantasien, erhöhte Gewaltneigung		<b>Kopfschmerzen</b>	
		Kopfschmerzen	
<b>Verwirrung und Gedächtnisprobleme</b>			
Verwirrung oder kognitive Schwierigkeiten		<b>Tremor</b>	
Gedächtnisprobleme oder Vergesslichkeit		Tremor (rhythmisches Muskelzittern)	
Stimmungsschwankungen		<b>Sensorische Misempfindungen</b>	

Hochstimmung ("high" sein)		Taubheit, brennen oder kribbeln	
Stimmungsschwankungen		Stromschlagartige Empfindungen im Gehirn	
Manieartige Symptome		Stromschlagartige Empfindungen im Körper	
		Abnormale optische Wahrnehmung	
<b>Halluzinationen</b>		Tinnitus (Ohrgeräusche)	
Akustische Halluzinationen		Abnormaler Geruchs- und Geschmackssinn	
Optische Halluzinationen			
		<b>Andere</b>	
<b>Dissoziation</b>		Sabbern oder vermehrter Speichelfluss	
Distanziertheit, Gefühl von Unwirklichkeit		Undeutliche Aussprache	
		Unscharfes Sehvermögen	
<b>Andere</b>		Muskelkrämpfe, Steife, Zuckungen	
Intensives, exzessives Träumen		"Restless legs" - unruhige Beine	
Alpträume		Unkontrollierbares Mundzucken	

#### Stufe 4: Durchführen weiterer Dosisreduktionen

Vor der ersten Dosisreduktion kann man im Normalfall nicht wissen, wie der Einzelne reagiert. Ausnahme sind hier Patienten, welche bereits Erfahrungen durch vorherige Absetzversuche oder durch versehentliches Vergessen der Einnahme gemacht haben – diese Erfahrungen sollten dann natürlich von Anfang an bei der Planung mit einbezogen werden. Die Größe des nächsten Absetzschritts wird immer anhand der Schwere und des Verlaufs der Entzugerscheinungen der letzten Reduktion ermittelt. Wenn die weiteren Reduktionsschritte derartig angepasst werden, ist es den meisten Patienten möglich ohne oder mit nur geringen Absetzsymptomen auszuschleichen. Falls nach einer Verringerung der Schrittgröße immer noch mittelschwere oder schwere Entzugerscheinungen auftreten, muss die nächste Reduktion noch kleiner gewählt werden, bis eine Schrittgröße gefunden ist, die Sie wiederholen können und bei der Sie gar keine oder zumindest tolerable Absetzbeschwerden haben.

Die Dosis wird alle 3 bis 5 Wochen reduziert, also ca. 1x monatlich. Diese Zeit ist ausreichend, um die Stärke der Absetzsymptome einen Höhepunkt erreichen zu lassen, bevor sie wieder abklingen. Ihr Körper kann sich auch vollständig von dieser Dosisreduktion erholen, bevor Sie den nächsten Schritt unternehmen. Auch wenn Sie keine Entzugerscheinungen haben, sollten Sie sich trotzdem die Absetzgeschwindigkeit nicht erhöhen, damit Ihr Nervensystem genügend Zeit hat, sich komplett an die niedrigere Dosis zu gewöhnen. Wenn Sie das Tempo erhöhen, besteht das Risiko, dass durch das Fehlen dieser benötigten Zeit der Gewöhnung irgendwann doch schwerere Entzugerscheinungen auftreten. In der gesamten Zeit des Absetzens sollten sich also regelmäßig Dosisreduktionen und eine Phase des Beobachtens der Symptome und der Anpassung/Erholung abwechseln. Diese Routine behalten Sie bitte bei, bis Sie den letzten Schritt vollziehen und die Einnahme des Medikaments ganz beenden.

Während das Muster der Entzugerscheinungen (Beginn, Höhepunkt, Besserung) sich wahrscheinlich bei den meisten Schritten ähneln wird, kann es sein, dass sich dies gegen Ende des Absetzens ändert. Deshalb ist es eventuell notwendig, die Größe der Reduktionsschritte (nochmals) zu verringern, um die sich verstärkenden Symptome aufzufangen.

Im Buch von Dr. Glenmullen werden anhand von 6 Patientengeschichten, deren Absetzverlauf sich ganz unterschiedlich entwickelte, die große Bandbreite der möglichen Reaktionen auf das Absetzen eines modernen Antidepressivums veranschaulicht:

- Claudia und Richard hatten wenige bis keine Symptome und konnten den Empfehlungen für das Absetzen von 20 mg Paroxetin folgen, also von 20 auf 10 und dann auf 0 mg reduzieren.
- Sarah und Gary hatten mittelschwere Entzugerscheinungen und mussten die Reduktionsschritte auf 5 und 2,5 mg verkleinern.
- Daria hatte schwere Probleme und musste ganz mühsam über längere Zeit mit 2,5 mg Schritten absetzen.
- Brent hatte die größten Probleme. Seine Körper reagierte so heftig, als er von 20 mg auf 10 mg reduzierte, dass er gezwungen war, wieder auf 20 mg hochzudosieren. Als er

versuchte, von 20 mg auf 15 mg zu reduzieren, ist das Gleiche passiert. Danach setze er in 2,5 mg-Schritten ca. alle 3 Wochen ab.

Claudia und Richard haben es geschafft, Ihr Medikament innerhalb von 6 Wochen abzusetzen. Brent brauchte für das Absetzen der gleichen Dosis länger als ein halbes Jahr.

Ein wesentlicher Punkt dieser Absetzmethode ist die Flexibilität. Jeder reagiert anders und deshalb muss das Absetzen in Geschwindigkeit und Schrittgröße den individuellen Reaktionen des Patienten angepasst werden. Die meisten Menschen werden mit dieser Methode wenige oder keine Absetzsymptome haben. In ein paar Fällen wird es jedoch notwendig sein, wie z.B. Brent die Dosis wieder zu erhöhen, um danach langsamer vorzugehen, und so die Absetzsymptome so weit wie möglich zu minimieren. Ihr Arzt ist hier natürlich weitaus mehr gefordert, als dies bisher die Regel ist.

### Stufe 5: Abschließende Bewertung des Befindens nach dem vollständigen Absetzen.

Gerade der letzte Schritt – das vollständige Absetzen des Medikaments – kann bei manchen Patienten schwerwiegendere Entzugserscheinungen hervorrufen, da das Medikament jetzt vollständig aus dem Körper herausgeschwemmt wird. Dies ist auch möglich, wenn die bisherigen Reduktionsschritte völlig problemlos verlaufen sind. Deshalb sollte das Befinden auf jeden Fall wie nach jeder anderen Reduktion weiter beobachtet werden. Das Absetzen kann erst als erfolgreich abgeschlossen betrachtet werden, wenn sich der Patient vollständig von allen Entzugserscheinungen erholt hat, die nach der Beendigung der Einnahme auftreten können. Falls die Entzugserscheinungen nach dem endgültigen Absetzen unerträglich werden, sollte man die letzte Dosis wieder einnehmen. Diese sollte man dann in einem oder zwei kleineren Schritten bis zum kompletten Absetzen verringern.

### Tägliche Checkliste der Entzugserscheinungen bei Antidepressiva Quelle: [http://www.antidepressiva-absetzen.de/Stufe\\_1.html](http://www.antidepressiva-absetzen.de/Stufe_1.html)

Psychische Entzugserscheinungen ...	Physische Entzugserscheinungen ...
<b>... die den Symptomen einer Depression ähneln</b>	<b>... die den Symptomen einer Grippe ähneln</b>
Weinerlichkeit, Weinkrämpfe	Grippeartige Schmerzen
Stimmungsverschlechterung	Fieber
Kraftlosigkeit (Müdigkeit, Lethargie, Unwohlsein)	Schweißausbrüche
Konzentrationsstörungen	Frösteln, Schüttelfrost
Einschlafprobleme, Schlaflosigkeit	Laufende Nase
Änderung des Appetits	Brennende/tränende Augen
Selbstmordgedanken	
Selbstmordversuche	<b>... die den Symptomen einer Magen-Darm-Entzündung ähneln</b>
	Übelkeit
<b>... die den Symptomen einer Angststörung ähneln</b>	Erbrechen
Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung	Durchfall
Panikattacken (Herzrasen, Kurzatmigkeit)	Bauchschmerzen oder -krämpfe
Brustschmerzen	Aufgeblähter Bauch
Zittern, fahrig sein	
	<b>... die mit dem Gleichgewichtssinn zusammenhängen</b>
<b>Reizbarkeit und Aggressionen</b>	Gleichgewichtsstörungen
Erhöhte Reizbarkeit	Drehschwindel, Wanken, Benommenheit

Agitation (Rastlosigkeit, Hyperaktivität)	Katergefühl, "Wasser im Kopf"
Impulsivität	Schwankender Gang, verschlechterte Koordination
Aggressivität	"Seekrankheit"
Selbstverletzendes Verhalten	
Mord/Gewaltphantasien, erhöhte Gewaltneigung	<b>Kopfschmerzen</b>
	Kopfschmerzen
<b>Verwirrung und Gedächtnisprobleme</b>	
Verwirrung oder kognitive Schwierigkeiten	<b>Tremor</b>
Gedächtnisprobleme oder Vergesslichkeit	Tremor (rhythmisches Muskelzittern)
Stimmungsschwankungen	<b>Sensorische Missempfindungen</b>
Hochstimmung ("high" sein)	Taubheit, brennen oder kribbeln
Stimmungsschwankungen	Stromschlagartige Empfindungen im Gehirn
Manieartige Symptome	Stromschlagartige Empfindungen im Körper
	Abnormale optische Wahrnehmung
<b>Halluzinationen</b>	Tinnitus (Ohrgeräusche)
Akustische Halluzinationen	Abnormaler Geruchs- und Geschmackssinn
Optische Halluzinationen	
	<b>Andere</b>
<b>Dissoziation</b>	Sabbern oder vermehrter Speichelfluss
Distanziertheit, Gefühl von Unwirklichkeit	Undeutliche Aussprache
	Unscharfes Sehvermögen
<b>Andere</b>	Muskelkrämpfe, Steife, Zuckungen
Intensives, exzessives Träumen	"Restless legs" - unruhige Beine
Albträume	Unkontrollierbares Mundzucken

## Ad 3:

### Übertragung und Gegenübertragung als Symptomatik

Die Angststörungen haben im Erleben des Therapeuten eine nahe Verwandtschaft zu Konversionsreaktionen und der Hypochondrie. Wie der hypochondrische Patient ist der Angstpatient häufig sensitiv und übergewissenhaft. Während der hypochondrische Patient seine Befürchtungen auf den Körper bezieht (ohne dass "etwas" gefunden werden kann) werden die Befürchtungen des Angstpatienten aber zusätzlich noch von vegetativen Reaktionen begleitet, unterhalten und ausgelöst. Ein Übergang zwischen Hypochondrie und Panikstörung wäre z.B. die "Herzneurose". Der Unterschied zwischen Angststörung und Konversion ist der, dass der Mensch mit einer Konversion auf etwas verweist, das alle anderen deutlich sehen können, während der Mensch mit einer Hypochondrie bei anderen die Reaktion hervorruft: "da ist doch nichts zu finden!".

#### 1. Der Arzt als funktionalisiertes Objekt

- Enerzierende monotone, stereotype, **konkretistische Dialoge**, mit der bemerkenswerten Tendenz, trotz der großen Angst doch fast wie mit Genuss ständig über die Angst zu sprechen. Beim Therapeuten können dabei Wut, Ohnmachtgefühle und Versagensängste entstehen.
- Oft wird vom Therapeuten eine **Klammerungstendenz** bemerkt, die vom Patienten von der Ratio her oft zugestanden aber letztendlich nicht hinterfragt wird.
- Druck beim Therapeuten, da im psychoanalytischen Setting von den Patienten oft der Vorwurf kommt, **keine konkrete Hilfe** zu bekommen wo doch der (in der Regel omnipotent phantasierte Therapeut) mit seinen magischen Kräften die Probleme wegzaubern könnte.

## 2. Der Arzt als Übergangsobjekt

- Die Instrumentalisierung des **Therapeuten zur Hilfs-Ichfunktion** und zum magisch-omnipotenten Objekt bei Angstneurotikern kann erfasst werden mit dem Winnicott'schen Konzept des **Übergangsobjektes** oder Greenacres Beschreibung des kindlichen Fetischs. Aber im Gegensatz zur entwicklungsfördernden Funktion in den Zeiten der Ambivalenz und der noch nicht fixierten Objekt-Konstanz hält in späteren Entwicklungsphasen der **infantile Fetisch** eine psychische Differenzierung auf.
- In der Zeit, in der beim Kind noch eine Ambivalenz in der Objektbeziehung überwiegt, dient das Festhalten am **Übergangsobjektcharakter der Objekte** zur Bewältigung dieser Ambivalenz. Der Übergangsobjektcharakter der Objekte zeigt sich innerhalb der Übertragungsbeziehung in der Instrumentalisierung des Therapeuten.
- Oft zeigt sich, dass der Patient **multiple Übergangsobjekte** hat (d.h. andere Ärzte). Das führt beim Therapeuten zu Ärger und Aggressionen.
- Der Arzt sieht sich in der Aufgabe, den Schnuller abzugewöhnen (Medikamente, Alkohol, sich als selbst als Arzt usw.) Hier zeigt sich allzu oft, dass es schwierig wird Antidepressiva abzusetzen. Das in den Lehrbüchern geforderte, z.T. oft grotesk langsame Absetzen von Antidepressiva ist sicherlich nicht nur der Pharmakodynamik geschuldet sondern auch einem unbewusstes Eingehen auf die Ängste der Patienten vor Objektverlust.
- Der Therapeut hat oft den Eindruck, dass er als Retter hoch idealisiert wird; aber am Schluss einer Therapiestunde fühlt er sich oft funktionalisiert für Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Überweisungen für diagnostische Untersuchungen (= Übergangsobjekt, d.h. der Patient hat etwas in der Hand) . Es ist, als wäre alles das, was in der Stunde gerade durchgearbeitet worden ist, überhaupt nicht gewesen.
- Für einen nur analytisch arbeitenden Therapeuten ist die Situation schwierig, weil der Patient ihn nicht als Übertragungsgegenüber nimmt sondern als realen Arzt, der ganz konkret Schutz bietet.

## 3. Aktivierung des Bindungssystems

- Es scheint manches Mal so, als wolle der Patient die Angst nicht hergeben. Nach den Verhaltensprotokollen geht die Angst zurück, aber es ist so, als interessiere ihn das nicht; es ist so, als **wolle er immer nur beruhigt** werden. Er stellt immer dieselben sorgenvollen Fragen, obwohl die Symptomatik sich deutlich gebessert hat. Es ist die das "Quengeln", das nach der Bindungstheorie das Bindungsverhalten der Bindungspartner auslöst.
- In immer gleichen Wiederholungen mit immer denselben Details wird die Angst geschildert. Der Patient fragt immer wieder : "**woher kommt diese Angst?**" oder: "**Glauben Sie, dass es noch einmal besser wird?**" Diese Frage ist oft formelhaft und die Antworten des Therapeuten -auch wenn sie sorgfältig mit dem Patienten erarbeitet wurden- scheinen keine Kraft zu haben, die Häufigkeit dieser Frage zu reduzieren. An einer echten Beantwortung der Frage wird sowohl bewusst als auch unbewusst (z.B. bei Gestaltungsarbeiten oder imaginativen Techniken) nicht mitgearbeitet.

## 4. Aufgabe der Autonomie

- Angstpatienten erscheinen oft **freundlich und nett**. Die Schilderung von Angstgefühlen und insbesondere von verletzenden oder kränkenden Situationen werden oft von einem Lächeln begleitet.
- In der Therapiestunde besteht durch den Angstpatienten aber die Tendenz den Therapeuten so zu behandeln, dass dieser die bestmöglichen Chancen hat, sich **ebensfalls freundlich**, stützend und harmonisch zu verhalten. In der Gegenübertragung taucht der Ambivalenzkonflikt (nämlich dass der Patient an seinem frühen Objekt frustriert ist und nur freundlich ist, um sich nicht noch mehr Frustrationen einzuholen) dennoch auch auf: man möchte helfen, aber das ständige Gejammergeht einem auf die Nerven.
- Angstpatienten haben trotz ihrer Freundlichkeit oft **Angsträume mit aggressiven und destruktiven Inhalten**. Sie vermögen auch gegen den Therapeuten aggressiv zu inszenieren aber selten direkt sondern z.B. über den Partner.
- Ein kleinerer Teil der Patienten imponiert durch eine **besondere Selbstständigkeit**: Medikamente werden über nacht abgesetzt, kaum dass ihre Einnahme problematisiert wurde. Sie wollen gar nicht mehr in die Stunde kommen, sondern holen sich telefonisch Tips, wie sie weitermachen können.

## 5. Therapietechnische Fragen

- **Psychodynamische Überlegungen beruhigen den Patienten so gut wie nie**. Eher sorgfältig erarbeitete konkrete und logische Erklärungen. Logische Erklärungen helfen aber nur, wenn durch die Überprüfung der logischen Strukturen gewährleistet ist, dass der Patient im Augenblick der Rezeption der logischen Argumentation nicht in seinem Angst-Bewusstseinszustand ist.
- Durch **Deutung der Übertragung** können die gefühlsmäßigen Beziehungsaspekte schlecht bewusst und erlebbar gemacht werden: sie werden in der Regel hartnäckig abgewehrt und sie vermögen das monoton sich wiederholende

konkretistische Anklammern nicht zu unterbrechen und führen oft eher zu einer Zunahme der Symptomatik und zum Agieren.