

Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz

Psychotherapie der Aggression

Aggression, Wut und Hass sind eher ungeliebte Themen von Psychotherapeuten. Situationen, in denen es im Rahmen der psychotherapeutischen und genauso der psychiatrischen Behandlung zu Aggression, Wut und Hass mit angedrohten oder – seltenen – wirklichen Tötlichkeiten des Patienten kommt, sind gefürchtet. Zuallererst geht es um die eigene körperliche und seelische Integrität des Therapeuten und die Angst vor Verletzungen. Es widerspricht auch der Grundhaltung des Therapeuten, nämlich der Einfühlung und des Verständnisses für den Patienten, die durch die Aggression des Patienten in Frage gestellt wird. Wir sind vor allem als Psychotherapeuten auf solche Situationen nicht gut vorbereitet. Dabei spielen Aggressionen und Gewalt seit Menschengedenken eine herausragende Rolle. Aber auch in vielen Störungsbildern tauchen Aggression, Wut und Gewalt auf. Denken wir doch an die narzisstische und die Borderline-Störung, die antisozialen Persönlichkeitsstörungen oder an Wutausbrüche im Rahmen von Alkohol- und Drogenerkrankungen. Bei unseren Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen werden wir hautnah mit deren Aggressions- und Gewalt-erlebnissen – wie überhaupt im Rahmen der Vorgeschichten unserer Patienten – konfrontiert. Dass Aggression und Wut auch konstruktiv in der Psychotherapie genutzt werden können, zeigen die Beiträge in diesem Heft.

Wir haben deswegen diesen Schwerpunkt für das vorliegende Heft gewählt und konnten eine Reihe von Autoren gewinnen.

Doris Bischof-Köhler geht der Fragestellung Empathie – Mitgefühl – Grausamkeit nach. Im Unterschied zur Gefühlsansteckung zieht Empathie aber eine klare Grenze zwischen eigenem und fremdem Erleben und erlaubt dadurch, das Mitempfinden auf den anderen zu beziehen. Wie an insgesamt 126 Kindern nachgewiesen werden konnte, entwickelt sich Empathie im zweiten Lebensjahr, sobald Kinder ein Ichbewusstsein ausbilden und sich im Spiegel erkennen. Empathie wird häufig mit Mitgefühl gleichgesetzt, einer wichtigen Voraussetzung für prosoziales Verhalten. Empathie kann aber auch die Basis für sozial negative Motive wie Sensations-suche, Schadenfreude und absichtliche Grausamkeit sein.

Thomas Bronisch beschäftigt sich mit der Neurobiologie von suizidalem Verhalten und Aggression und kommt nach dem Aufarbeiten der gesamten empirischen Literatur zu dem Schluss, dass zwischen Aggression und Suizidalität, d. h. Heteroaggression und Autoaggression, kein Unterschied hin-

sichtlich der neurobiologischen Veränderungen bei den betroffenen Patienten besteht. Erst die Endstrecke hin zu Auto- oder Heteroaggressivität trennt - aus noch nicht gut untersuchten Gründen – die unterschiedlichen Verhaltensweisen, oder sie treten gemeinsam auf.

Christine Gräff befasst sich in ihrem Beitrag vornehmlich damit, dass man sich der eigenen Aggressionsäußerungen bewusst werden muss, um mit Affekten gut umgehen zu können. Aggressionsgehemmte Menschen finden dazu in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) ein weites Übungsfeld, auf dem sie über Wahrnehmung und Bewegung an ihre Ausdruckskraft kommen und heftige Gefühle kanalisieren können.

Wolfgang Milch nimmt sich des schwer zu behandelnden Problems der Aggressivität in den Therapien der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen an. Für die Behandlung sollte der therapeutische Fokus auf die Regulation des Selbstempfindens, die Affekte sowie die Kohäsion und Fragmentierung des Selbst gelegt werden.

Annette Streck-Fischer setzt sich mit dem Thema Adoleszenz – Aggression – Gewalt auseinander. Gewalt wird als Resultat mehrerer Faktoren aufgefasst. Biologische, entwicklungsabhängige, soziale, kulturelle, interpersonelle und medienbedingte Einflüsse spielen dabei ebenso eine Rolle wie die genetische Ausstattung, das Temperament, die hormonellen Bedingungen, die Folgen biologischer Beeinträchtigung (z. B. niedriges Geburtsgewicht und prä- und perinatale Komplikationen) und belastende psychosoziale Einflüsse (Vernachlässigung und Misshandlung). Oftmals ist die Entscheidung nicht einfach, das Verhalten Jugendlicher noch der Normalität oder bereits der Psychopathologie zuzuordnen.

Gerda Gottwik beschreibt primitive Wut- und Schuldgefühle in der Intensiven Psychodynamischen Kurzzeittherapie in der Übertragung zu den geliebten Personen der frühen Bindung. Es kommt zur inneren Aussöhnung mit den introjizierten frühen Bezugspersonen, die die Grundlage für ein positives Selbstwertgefühl bilden und zur konstruktiven Beziehungsgestaltung im heutigen Leben führen.

Serge Sulz betont die unverzichtbare Verfügbarkeit von Gefühlen des Ärgers und der Wut für die Gesundheit des Menschen. Aggressives und frustrierendes Elternverhalten wird von ihm als Ursache von lebenslanger Angst- und Wuthemmung

betrachtet, die dazu führen, dass keine reife Emotionsregulation entwickelt werden kann. Wuttherapie und Wutexposition schaffen die Erlaubnis, dieses Gefühl zu haben, lassen die zahlreichen Wutvermeidungen erkennen, bringen die Erfahrung, sicher mit Wut umgehen zu können, schaffen emotionale und interaktive Kompetenz, so dass es weniger Grund für Wut gibt.

Einen ganz neuen Aspekt bringen **Uwe Busch und Mitarbeiter** im Umgang mit Aggressivität und Gewalt in ihren beiden Beiträgen ein: Sie beschreiben Deeskalationstrainings und deren Evaluation für Mitarbeiter von Institutionen, die mit aggressiven, zur Gewalt neigenden Patienten/Personen konfrontiert sind. In einem ersten Beitrag werden die Deeskalationstrainings im historischen Überblick, in ihrer Wirksamkeit und ihrem aktuellen Stand dargestellt. In einem zweiten Beitrag wird ein solches Training für Bewohner eines Katholischen Männerfürsorgevereins in München vorgestellt, und erste Ergebnisse werden berichtet. Man wundert sich eigentlich, dass solche Trainings nicht schon längst entwickelt worden sind.

Das erste Heft 2009 zielt auch in seinen weiteren Beiträgen auf Emotionen ab.

Regina Sinderhauf schildert, wie im Zusammenspiel von emotionalen, imaginativen, kognitiven und behavioralen physiologischen Prozessen durch die verhaltenstherapeutische Bearbeitung traumatischer Erlebnisse eine Besserung erreicht wird.

Imke Hermann und Lars Auszra stellen die Emotionsfokussierte Therapie nach Greenberg (2002) vor, deren Fokus auf emotionalen Prozessen der Veränderung liegt. Die Unterscheidung verschiedener Typen emotionalen Erlebens sowie die Klassifikation von „Markern“ für emotionale Verarbeitungsschwierigkeiten und korrespondierenden Interventionen ermöglichen ein systematisches Arbeiten mit Emotionen in der Therapie.

Kurt Wedlich und Julia Meßner berichten von einer Untersuchung über den Zusammenhang zwischen emotionalen Störungen und dem Lern- und Arbeitsverhalten bei Realschülern. Die statistische Auswertung zeigt, dass emotionale Auffälligkeiten mit Defiziten beim Lern- und Arbeitsverhalten verbunden sind und emotionales Befinden einen stärkeren Einfluss auf das Lern- und Arbeitsverhalten ausübt als umgekehrt.

Schließlich untersuchen **Serge Sulz und Nicole Maier** anhand einer Stichprobe gesunder Probanden die Eigenschaften eines neuen Personenfragebogens, der aus 9 ressourcenorientierten Skalen besteht (selbstsicher, selbständig, flexibel, konfliktsicher, ausgeglichen, beziehungsbezogen, gemeinschaftsorientiert, emotional stabil und unvoreingenommen). Die Zusammenschau der ressourcen- und der defizitorientierten Persönlichkeitsmessung zeigt, dass maladaptive Persönlichkeitszüge hoch mit dispositioneller Angst und Wut korrelieren, während sich eine kompetente Persönlichkeit eher an ihren Bedürfnissen und den Erfordernissen der Umwelt orientiert.

Thomas Bronisch und Serge Sulz