



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/fachbuecher/schattauer

Micha Hilgers

Der authentische Psychotherapeut

Micha Hilgers

Der authentische Psychotherapeut

Professionalität und Lebendigkeit
in der Therapie

Dipl.-Psych. Micha Hilgers

Drosselweg 2A

52159 Roetgen-Mulartshütte

michahilgers@michahilgers.de

www.michahilgers.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.klett-cotta.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: unter Verwendung einer Abbildung von © Eric Peters – www.eric-peters.com

Gesetzt von abavo GmbH, Buchloe

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-43267-1

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort – Authentizität als therapeutische Grundhaltung?

Ist Authentizität ein Wert an sich? Kein Zweifel, Recep Tayyip Erdoğan erscheint bei seinen Ausfällen sehr authentisch. Und Donald Trump, ausgestattet mit einem kritikresistenten Größenselbst, ist es in gewisser Weise auch. Zwar erleben wir seine Posen und Selbstdarstellungen als irgendwie falsch und peinlich. Er selbst jedoch dürfte mit sich völlig im Reinen und einverstanden sein.

Durch den nahezu inflationären Gebrauch des Wortes »authentisch« mutiert Authentizität zum Appell, zur Forderung. Weshalb sich die Kandidaten in Casting-Shows oder Germany's Next Top Modell in so etwas wie authentischen Posen üben. Ähnlich ergeht es Teilnehmern von Talk-Shows: Es steht ihnen gut zu Gesicht, »echte« Gefühle zu zeigen, aber eben auch nur, solange es nicht peinlich ist. Womit sich Authentizität in ihr Gegenteil verkehrt.

Andererseits: Mama und Papa können besonders peinlich für ihre Kids sein, wenn sie finden, dass sie ganz sie selbst sind. Denn die Mama mit dem Sportzeug, das Tochter oder Sohn liegen ließen, und sie noch rasch in den Unterricht bringt, ist sowas von peinlich. Aber eben – authentisch. Sozusagen fraglos sie selbst. Was genau das Problem ist. Nämlich, dass Mama fraglos diejenige ist, die sie ist. Eben authentisch und ohne jede Pose. Sie verkörpert die Bedeutung des griechischen Wortes *authentikos*, echt.

Doch wer hat die Deutungshoheit über die Frage, was nun echt oder falsch ist, was narzisstische Pose und was ehrliche Selbstöffnung? Zu Recht erwarten wir von unseren Patienten Wahrhaftigkeit bei ihren Mitteilungen. Das setzt jedoch voraus, dass Patienten uns im Dialog ebenfalls als wahrhaftig oder authentisch erleben.

Allerdings: Vielen Kollegen fällt es offenbar schwer, ihre Patienten mit einem Lächeln zu begrüßen (statt mit einer düsteren Betroffenheitsmiene, weil es ja gleich wieder um Beschwerliches geht) oder überhaupt mit dem Patienten in einen Dialog einzutreten. Wir sollten uns nicht verstellen, keine Scheinwelt erzeugen. Doch möglicherweise ist der Kollege mit der bedeutungsschweren düsteren Miene ganz er selbst, da ihm keine Frohnatur gegeben ist? Und er würde sich verstellen, wenn er seine Patienten ungezwungen begrüßte?

Einer gewissen Lockerheit im therapeutischen Kontakt stehen mehr oder weniger unbewusste Forderungen eines antiquierten professionellen Über-Ich entgegen, nach denen man möglichst wenig reden, wenig Mimik oder Gestik zeigen und den Patienten im Unklaren über das eigene Erleben lassen sollte. Freuds Spiegelmetapher oder das Beispiel des bei seiner Tätigkeit emotional unberührten Chirurgen sorgen noch immer dafür, dass sich viele Therapeuten unwohl zu fühlen beginnen, wenn sie im therapeutischen Prozess für ihre Patienten sichtbar werden. Allerdings scheint Freud sich am allerwenigsten an diese Regeln gehalten zu haben (Cremerius 1984). Die im Wesentlichen unreflektierten Gebote eines professionellen Über-Ich, die keiner Überprüfung durch die Forschung über die Therapeutenvariable

und Therapieerfolge standhalten, führen zu Verformungen im Alltagsverhalten von Therapeuten, die deshalb unauthentisch sind, weil therapeutische Posen angenommen werden. Solche Posen werden von Patienten als befremdlich erlebt oder in Cartoons und Witzen karikiert.

Beispielhaft, aber eben nicht selten, ist die erstaunte Feststellung von Patienten im Erstkontakt: »Sie reden ja mit mir?!« Da dann das Erstaunen beidseitig besteht, erläutern sie mir, dass sie in vorhergehenden Gesprächen auf Therapeuten getroffen seien, die ein paar Fragen gestellt, aber sonst nicht reagiert hätten.

Aber soll Psychotherapie überhaupt dialogisch sein, wenn es doch um den Patienten geht? Kann es – umgekehrt gefragt – eigentlich nicht-dialogisch zugehen? Ein Therapeut, der wenig sagt oder schweigt, sagt in jedem Fall sehr viel, womöglich mehr als ihm, besonders aber seinen Patienten, lieb ist. Psychotherapie ist im doppelten Sinne dialogisch: Einerseits tritt der Patient in einen intensiven Dialog mit sich selbst ein. Gleichzeitig führt er Gespräche mit seinem Behandler, die wiederum Vorbild für seinen fortwährenden inneren Dialog sein können. Wie man es dreht und wendet, Psychotherapie – gleich welchen Verfahrens – ist ein dialogisch-interaktioneller Prozess zwischen zwei Menschen oder zwischen mehreren im Falle der Gruppentherapie. Weshalb, wie die Psychotherapieforschung feststellt, die sogenannte Therapeutenvariable von grundlegender Bedeutung für den Therapieerfolg ist. Etwas umgangssprachlicher bedeutet das: Wir sind wichtig, so wie wir sind. Das macht es aber auch nicht leichter.

Keine Lösung ist jedenfalls, sich morgens verkatert dem Patienten zu zeigen unter Hinweis auf eine Scherbennacht mit dem Partner. Denn professionelle Authentizität bedeutet nicht, sich exhibitionistisch zu offenbaren. Sie bezieht sich vielmehr auf die therapeutische Beziehung, in der vorangegangene persönliche Erlebnisse nichts zu suchen haben. Vermutlich deshalb wirken viele Kollegen merkwürdig steif und kontrolliert. Aber, wird man nun einwenden, es ist unmöglich, die persönliche Lebensgeschichte auszuklammern, denn sie macht uns zu dem, was wir (gerade) sind.

Wie kann man also als Psychotherapeut entgegen landläufigen Vorurteilen einigermaßen »normal rüberkommen«, ohne sich dabei therapeutisch-professionell bescheuert zu verhalten?

Die Herausforderung besteht darin, sich dem therapeutischen Prozess emotional zu überlassen, um sich im nächsten Moment wieder zu distanzieren, mit Fragen wie: Was passiert hier gerade? Worum geht es? Was erlebe ich in diesem Moment? Was war einige Augenblicke vorher? Es geht um ein Oszillieren zwischen interessiertem Staunen über den therapeutischen Prozess, radikaler Akzeptanz der Gegenübertragung und der Suche nach dem aktuellen Fokus. Die Haltung des Staunens erhält uns eine Offenheit, die vor Gewissheiten und zu viel Wollen schützt. Zu viel zu wollen oder mit trügerischen Gewissheiten zu operieren, lässt den Prozess entweder zur persönlichen Angelegenheit des Therapeuten werden oder erstickt die Kreativität. Authentizität bedeutet dann, die Offenheit zu besitzen, das Staunen und die Prozesshaftigkeit dem Patienten zu vermitteln und keine Sicherheit vorzutäuschen, wo keine ist. Denn Lebendigkeit von Psychotherapie lebt von Irrtum und Korrektur, von der Falsifizierbarkeit der Hypothesen: Therapieerfolg zeigt sich

gerade darin, dass Foki geändert, Ziele neu definiert und Konflikte anders gedacht werden müssen.

Diese Vorläufigkeit verträgt keine Faustformeln, keine eisernen oder goldenen Regeln, denn, wie Alfred Adler am Ende seiner Vorlesungen zu sagen pflegte: »Bedenken Sie, es könnte alles auch ganz anders sein.«

Dass tatsächlich alles ganz anders sein könnte als gedacht, versuche ich durch Beispiele zu zeigen, bei denen häufig nicht alles rund läuft und ich immer mal wieder nicht ganz famos dastehe. Wir lernen viel mehr aus Fehlern, sofern wir sie uns fröhlich eingestehen, als aus glänzend verlaufenden Therapien, die es nach meiner Erfahrung nur bei manchen Vorträgen zu geben scheint. Ich wäre froh, wenn dieses Buch dazu ermutigt, zu einer Fehlerkultur zu kommen, die uns alle in unserem so spannenden und bereichernden Beruf lebendiger und authentischer werden lassen würde.

Dank

Kein Buch entsteht ohne Gespräche, Ermutigung, Kritik, ganz neuen Ideen und Sichtweisen von jenen, die am Prozess des Entstehens liebevoll, mit Verständnis für Zeitmangel, Geduld und tatkräftige Unterstützung besonders »auf den letzten Metern« teilhaben.

Dafür bin ich Charlotte (Charly) Böttcher, Stefanie Conradt, Ilka Endres, Andrea Gehl, Thomas Hax-Schoppenhorst, Leon Hilgers, Lukas Hilgers, Sonja Höner, Mihrican Özdem, Erik Peters, Marion Peters und Sandra Schilles sehr dankbar. Ihnen widme ich dieses Buch.

Roetgen-Mulartshütte, im Herbst 2017

Micha Hilgers

Inhalt

1	Identitäten – von der Schwierigkeit, sich als Psychotherapeut normal zu verhalten	1
1.1	Partygespräche und Wursttheken	1
1.2	Warum es schwer ist, sich als Psychotherapeut normal zu verhalten	2
1.3	Die zentrale Frage: Was fördert den Prozess?	9
1.4	Identität ermöglicht Flexibilität und Offenheit	10
1.5	Wer ist Psychotherapeut (und wer nicht)?	12
	Psychotherapeutische Arbeit	12
	Identität mit vielen Facetten	14
	Die Wiedererlangung der Naivität als staunende Begegnung	16
	Zum Schluss: Von der Schwierigkeit, sich bewusst verrückt zu verhalten	17
2	Wie geht eigentlich Psychotherapie?	19
2.1	Fragen des Patienten	19
2.2	Aufklärung	21
	Notwendigkeit der Aufklärung	21
	Aufklärung über Alternativen und formale Aspekte	24
	Risiken	24
	Unerwünschte Nebenwirkungen	25
	Risiken und Schäden für Beziehungen und Angehörige	26
	Besonderheiten bei der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen	27
	Aufklärung über Verunsicherung durch Psychotherapie	28
2.3	Die unvermeidliche Ambivalenz des Therapieerfolgs	29
2.4	Umgang mit Fehlern und Nebenwirkungen	30
	Plädoyer für eine Fehlerkultur	30
	Passagere Fehler	31
	Anhaltende Fehler oder Schäden	31
2.5	Unterwegs – Erläuterungen zum Prozess	32
	Die Verwechslung von Beschreibung und Appell	32
	Externalisierung (Projektion) der Über-Ich-Strenge	34
	Das Selbst im Fluss des Erlebens und das Selbst in der Selbstdistanzierung	35
	»Ja toll!« Die unvermeidliche Ambivalenz der Angehörigen	36
	Durcharbeiten oder »Immer das Gleiche!«	37
2.6	Am Schluss: Wie ging eigentlich die Psychotherapie?	37

3	Humor und Tragik in der Psychotherapie	39
3.1	Persönliche Vorbemerkungen	39
3.2	Humorbefreite Sozialisationsbedingungen	40
3.3	Emanzipatorischer Humor und Lachen	41
3.4	Exkurs: Politischer Witz und Karikatur	43
3.5	Die ambivalente Funktion des Witzes.	44
3.6	Das Gelächter in der Psychotherapie	46
3.7	Humor bei schweren Über-Ich-Konflikten.	50
3.8	Humor und tragische Momente.	53
4	Was Sie schon immer über Sex wissen wollten, aber Ihre Patienten nie zu fragen wagten.	55
4.1	Sexualität – ein tabuisiertes Thema?	55
4.2	Die Liebe in der Therapie	57
4.3	Sexuelles zwischen Patient und Therapeut	58
4.4	Das Heil liegt nicht in der Vermeidung	61
4.5	Schamgrenzen und die Entdifferenzierung von Subjekt und Objekt	62
4.6	Sexuelle Inhalte im Verlauf der Behandlung	66
4.7	Verlegenheit und Scham bei erotischer Übertragung	67
4.8	Die Liebe in den Zeiten der Gruppe.	68
5	Das unbekannte »Böse« – Therapie bei Dissozialität	71
5.1	Diagnostik	71
5.1.1	Fehldiagnosen und verwirrende Diagnosevielfalt.	71
5.1.2	Kategorien	82
5.1.3	Exkurs: Was ist das Böse?.	85
5.2	»Ach, wenn's mich nur gruselte!« Die Ambivalenz gegenüber dem Bösen.	86
5.3	Psychopathologisierung des Bösen	87
5.4	Das Versagen der Empathie.	89
5.5	Gegenübertragung bei Dissozialität	91
	Diagnostische Fehleinschätzungen	91
	Mangelnde Subjekt-Objekt-Differenzierung oder Scham	93
5.6	Häufige Behandlungsfehler.	94
6	Der Gruppentherapeut.	95
6.1	Rolle des Gruppenleiters	95

6.2	Aufgaben des Gruppenleiters.	96
	Rahmenbedingungen schützen.	97
	Kohäsion fördern.	98
	Weitere Aufgaben.	99
6.3	Was macht einen »guten« Gruppenleiter aus?	100
6.4	Koleitung von Gruppen.	102
6.5	Was hilft – dem Therapeuten?	103
6.6	Die psychodynamisch-interaktionelle Gruppe – oder: Man muss gar nicht so viel wissen.	105
7	»Verweile doch ...« Der Faktor Zeit in der Psychotherapie	107
7.1	Therapiedauer und Lebenszeit	107
7.2	Zeitmanagement in der Psychotherapie	108
7.2.1	Zeitliche Rahmenbedingungen	109
7.2.2	Beendigung der laufenden Therapiestunde.	110
7.3	Der Faktor Zeit angesichts des näherrückenden Lebensendes	111
7.4	Der Abschied	113
8	Der Ödipus-Mythos – ein analytisches Drama und ein Mythos in der Psychoanalyse.	117
8.1	Es geht um Macht und Gewalt, nicht um Sexuelles.	117
8.2	Der Mythos in der Fassung von Sophokles	118
	Vorbemerkungen	118
	Die Geschichte	119
8.3	Der Mythos als Darstellung existenzieller menschlicher Konflikte	122
8.3.1	Tragik des Vermeidungsverhaltens	122
8.3.2	Suche nach Wahrheit und Angst vor Erkenntnis	123
8.3.3	Generationenwechsel als Abfolge von Gewalt, Traumatisierungen und Übergriffen	125
8.3.4	Generationenwechsel als Anerkenntnis des kommenden Endes	126
8.3.5	Ein grotesker Altersunterschied.	127
8.3.6	Inzestuöse Verhältnisse als gescheiterte Ablösung	128
8.3.7	Heimatlosigkeit, Flucht und Vertreibung und der Krieg der Generationen	129
8.4	Bedeutung des Mythos für die Psychotherapie	130
9	Menschen mit einem Vogel – Bemerkungen zum Coverbild	133
	Literatur	137
	Sach- und Personenverzeichnis	141

1 Identitäten – von der Schwierigkeit, sich als Psychotherapeut normal zu verhalten

Denn nichts ist für den Menschen als Menschen etwas wert, was er nicht mit Leidenschaft tun kann.

Max Weber 1919/2016 (Hervorhebungen im Orig.)

1.1 Partygespräche und Wursttheken

»Oh Gott, Psychotherapeut! Dann muss ich ja aufpassen, was ich sage.« Oder: »Psychoanalytiker, kann man da überhaupt noch mit anderen reden, ohne zu analysieren?« Solche Kommentare kennt jeder von uns – und sie nerven. Soll man sich rechtfertigen und erklären, dass man gar keine Lust hat, privat seinem Beruf nachzugehen? Oder dass es ganz abgesehen davon einfach auch unmöglich ist, im privaten Kontext ein psychotherapeutisches Setting herzustellen? In den meisten Fällen wird man so etwas wie freundliche Skepsis oder ungläubiges Lächeln ernten. Also den Beruf möglichst verheimlichen? Die Geheimniskrämerei macht es eher noch schlimmer, denn wenn das Geheimnis gelüftet wird, steht man auch noch so da, als habe man sich irgendwie interessant machen wollen. Andererseits, den Tanzboden zu betreten mit den Worten »Leute, damit das klar ist, ich bin Psychotherapeut, aber bleibt einfach locker-ungezwungen!«, dürfte auch nicht zu einer normalen Abendgestaltung beitragen. Auch die Variante, mit Dackelblick zu gestehen, was man beruflich so treibt, eröffnet einem kaum die Möglichkeit, hernach über Beauty-Cremes oder die Lebensdauer von Turboladern zu debattieren. Sollte man sich zudem auf Partys oder Veranstaltungen auch noch ganz nebenbei nach einem neuen Partner umsehen wollen, kann man die Flucht nach vorne antreten, indem man sämtliche Vorurteile auf einmal bedient: Man schaue erotisch interessanten Gesprächspartnern bedeutungsvoll in die Augen, warte einen kleinen Moment, um dann zu erklären, dass man diesen Beruf gewählt habe, weil er augenblicklich tiefste Einblicke in geheime Fantasien ermöglicht. Anschließend kann man befreit erklären, dass man seinen Beruf liebt, der einen im Übrigen sehr beschenkt.

Wie man es dreht und wendet, in dem Moment, wo wir im Privaten mit unserem Beruf erkennbar werden, nehmen Gespräche einen anderen Verlauf. Die Ungezwungenheit endet einstweilen – bei allen Beteiligten. Mit einer Ausnahme: Jene Kollegen, die bei jeder Gelegenheit bedeutungsvoll tun und jede private Konversation mit tiefgründigen Kommentaren überwürzen, bestätigen kurzerhand die Vorurteile, gegen die sich der Rest von uns vergeblich zu wehren versucht.

Ein Beispiel: Vor einigen Jahren komme ich auf eine Party, bei der ich auf eine mir bekannte Kollegin treffe. Sie fragt mich, wie es mir gehe. Ich antworte wahr-

heitsgemäß, so weit gut, allerdings fühlte ich mich ein wenig erkältet. Mit bedeutungsvoll gesenkter Stimme entgegnet sie mir: »Micha, vor der Krankheit kommt die Kränkung!« Um diese Zwangsbeglückung hatte ich sie nicht gebeten und fand mich einigermassen verwirrt und sprachlos wieder. Man kann sich vorstellen, dass sie solche Vulgärinterpretationen nicht nur mir liefert, sondern sie großzügig und -flächig verteilt. Das ist einer der Gründe, weshalb wir Psychotherapeuten von vielen Laien zu recht misstrauisch beäugt werden.

Obendrein laufen wir Gefahr, an der Wursttheke mit der Frage konfrontiert zu werden, was sich gegen eine Phobie unternehmen lässt oder beim Weinhändler um einen Termin wegen einer Zwangssymptomatik gebeten zu werden. Weshalb Andrea Jolander (2013, S. 13) darum bittet: *»Also, wenn Sie uns einen Gefallen tun wollen: Reden Sie ganz normal mit uns. Vor allem im Biergarten.«* Erfahrungsgemäß mündet jedoch die Aufforderung, sich normal zu verhalten, eher in einer weiteren Steigerung der Verrücktheiten.

Doch bilden wir uns nichts ein, ungewöhnlich ist das alles keineswegs. Denn ob Sanitärinstallateur oder Koch, ob Zahnarzt oder Mechatroniker: Dass jemand in informellen Situationen um Rat gefragt wird, ist eher Ausdruck von Vertrauen und so etwas wie Nachbarschaftshilfe. Und vermutlich haben auch Installateure oder Mechatroniker nicht unbedingt Lust, in ihrer Freizeit über ihren Beruf zu reden. Anders verhält es sich lediglich beim Intimitätsgrad der Thematik. Lediglich die überraschende Offenbarung, dass wir uns – Verhaltenstherapeut oder Tiefenpsychologe – mit Innenleben beschäftigen, löst Befangenheit aus, weil es gerade noch um Alltägliches ging. Der Fokus wechselt unvermittelt von Banalem zu scheinbar Intimem, auch und gerade, weil das keiner beabsichtigt.

Mit diesen Momenten müssen wir leben, und sie gestalten sich umso kürzer, je weniger wir uns zu allen möglichen Themen ungefragt mit vermeintlicher Fachkompetenz äußern.

Allerdings betreffen diese Überlegungen »nur« den privaten Bereich. Deutlich schwieriger gestalten sich die Verhältnisse, wenn es um unser professionelles Handeln geht.

1.2 Warum es schwer ist, sich als Psychotherapeut normal zu verhalten¹

Es gehört nicht gerade zu den Themenschwerpunkten der Psychotherapieausbildung, wie man zu einem entspannten und flexiblen Umgang mit Patienten, sich selbst und den Kollegen finden kann. Ängstliche Unflexibilität einerseits oder naives Agieren andererseits sind die beiden Seiten, nach denen man vom Pferd fallen kann. Wie kann man seinen Beruf mit Leidenschaft ausüben (gemäß dem Zitat von Max Weber) und doch nicht zu viel wollen? Wie einen normalen menschlichen Kontakt herstellen und doch eine professionelle Distanz wahren?

1 Teile dieses Abschnitts stammen aus Hilgers 2017.

Die Schwierigkeit, sich lebendig und professionell, freundlich-solidarisch und mit angemessener Distanz, warmherzig und konfrontativ, konfliktfreudig und supportiv zu verhalten, hat eine Reihe von Gründen:

Antiquierte Rezeption von Psychoanalyse. An deutschen Hochschulen lehrt nahezu kein Psychoanalytiker mehr. Verhaltenstherapeuten oder psychotherapeutisch gänzlich Unerfahrene vermitteln ihre meist von Wissen ungetrübten Meinungen über »die Psychoanalyse«. Eine differenzierte Rezeption aktueller psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Theorien findet eher an Fachbereichen statt, die sich mit Kultur- und Gesellschaftswissenschaften befassen. Demzufolge werden psychodynamische Verfahren und Techniken universitär nicht vermittelt. Das dürfte sich bei dem neu geschaffenen Studiengang »Psychotherapie« in absehbarer Zukunft kaum ändern. Je mehr sich jedoch die Verhaltenstherapie mit inneren Konflikten, mit der therapeutischen Beziehung und den damit verbundenen Übertragungskonflikten befasst, desto mehr beeinflusst die verzerrte Rezeption von Psychoanalyse auch behaviorale Verfahren.

Die angebliche Strenge der Psychoanalyse. Analytische Psychotherapie und die durch sie begründeten Verfahren werden mit Rigidität und Strenge assoziiert, was nicht zuletzt an der chronischen Verwechslung von Abstinenz und technischer Neutralität liegt. Tatsächlich sollen psychoanalytisch begründete Verfahren dem Patienten keine Ersatzbefriedigungen für sein Leid außerhalb der Therapie liefern: *»Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden [...] Unter Abstinenz ist aber nicht die Entbehrung jeglicher Befriedigung zu verstehen – das wäre natürlich undurchführbar –, auch nicht, was man im populären Sinne darunter versteht, die Enthaltung vom sexuellen Verkehr, sondern etwas anderes, was mit der Dynamik der Erkrankung und der Herstellung weit mehr zu tun hat. Sie erinnern sich daran, dass es eine Versagung war, die den Patienten krank gemacht hat, dass seine Symptome ihm den Dienst von Ersatzbefriedigung leisten«* (Freud 1919, S. 187 f.; Hervorhebung im Orig.). Das bedeutet jedoch nicht, dass man sich jeder Äußerung des Verständnisses enthält, also bei Trauerfällen nicht kondoliert oder angesichts von Schmerz, Trauma oder Misserfolg auf jedes Anzeichen von Empathie verzichtet. Warmherzigkeit des Behandlers ist noch keine Ersatzbefriedigung, und die Bestätigung, dass es sich bei Schilderungen des Patienten um z. B. häusliche Gewalt, Missbrauch oder die Existenz eines böartigen Narzissten im Bekanntenkreis handelt, ist per se auch noch kein Verstoß gegen technische Neutralität, eventuell sogar eine gebotene Stellungnahme. Ganz Ähnliches gilt für alle möglichen ernst zu nehmenden Therapieverfahren, zuvörderst die Verhaltenstherapie. Besonders in der Traumatherapie wird man sich primär mit dem Patienten solidarisch erklären, im Sinne einer »parteilichen Abstinenz«.

Technische Neutralität und Absichtslosigkeit. Unter technischer Neutralität versteht man die Zurückhaltung oder gänzliche Enthaltung persönlicher und wertender Stellungnahmen. Man wird also bei Klagen des Patienten über seine Ehe weder mit einem »Wem sagen Sie das?!« reagieren noch platt bei allen möglichen Äußerungen des Patienten »Finde ich auch!« sagen. Dies betrifft besonders Werte, religiöse Vorstellungen oder Vorlieben des Patienten, die man nicht durch unmittelbare eigene Stellungnahmen kontaminiert. Erkennt der Patient einen wesentlichen Zusam-

menhang seiner Schwierigkeiten oder versteht er die Intervention des Behandlers zutreffend, wird man sich einer Bemerkung wie etwa »Genau!« oder »Finde ich auch« gerade nicht enthalten. Daher gibt es auch nur einen lockeren Zusammenhang zwischen technischer Neutralität und Absichtslosigkeit. Da es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren (Watzlawick et al. 1969, S. 50 ff.), kann man lediglich eine relative Absichtslosigkeit praktizieren, jedenfalls wenn man nicht auf einer schizoiden Persönlichkeitsakzentuierung hockt.

Die Absichtslosigkeit bezieht sich auf die Unbedingtheit beim Erreichen der gemeinsam formulierten Ziele oder Foki. Man bemüht sich also um eine – mitunter schwierige – Gratwanderung, einerseits am Erfolg der Behandlungsziele zu arbeiten, andererseits aber dem Patienten Erfolg und Verantwortung nicht zu entreißen. Nichts spricht dagegen (bzw. alles dafür), einen arbeitssuchenden Patienten bei einer Bewerbung zu unterstützen, solange klar ist, dass es sich um das Anliegen des Patienten und nicht das seines Therapeuten handelt. Es geht um die Förderung der Kompetenz des Patienten und nicht um Selbstdarstellungen des großartigen Vermögens seines Behandlers.

Andererseits wird man im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie besonders auf der Hut sein, wenn es um die Gewichtszunahme anorektischer Patienten und deren Essverhalten geht. »Zu viel zu wollen« oder gar Freude über die Fortschritte der essgestörten Patienten lösen regelmäßig Verweigerung und Verschlechterung aus. Zu wenige klare Grenzen jedoch auch. Auch jenseits der Therapie von Minderjährigen reagieren viele Patienten sehr empfindlich auf den Eindruck, nicht sie, sondern ihre Therapeuten wollten Ziele erreichen und sich damit narzisstisch schmücken.

Fehler und Scheitern. Wie an anderer Stelle (► Kap. 2.4) ausführlich dargestellt, mangelt es an einer Kultur, unbefangenen Fehler und scheiternde Behandlungen zu erörtern. Das mag auch an der Furcht vor drohenden Regressforderungen seitens des Patienten, seiner Sorgeberechtigten oder der Kostenträger liegen. Andererseits dürften aber auch Eitelkeiten eine wesentliche Rolle spielen, sich und anderen Misserfolge nicht einzugestehen. Besonders Lehrtherapeuten, Dozenten und Supervisoren stünde es gut an, sich auch mit Misserfolgen ihren Ausbildungskandidaten zu offenbaren. Denn bekanntlich lernt man besonders aus Fehlern (eigenen wie fremden), weshalb es wenig hilfreich ist, wenn man als Ausbildungskandidat oder erfahrener Psychotherapeut auf einschlägigen Tagungen wie geschmiert laufende Behandlungen vorgestellt bekommt: Der Wiedererkennungswert eigener Nöte und Schwierigkeiten ist denkbar gering, dafür werden Inferioritätsgefühle und Über-Ich-Strenge genährt.

Angst, sich mit dem Patienten (heillos) zu verstricken. Ebenfalls aus der Mottenkiste verzerrter Psychoanalysezereption stammt die Befürchtung, sich mit dem Patienten in schrägen Beziehungssituationen zu verstricken. Es liegt in der Natur solcher Kollusionen, dass sie sich oftmals erst nach und nach einstellen, weshalb man sie in der Regel oft erst später erkennt. Nicht selten geht diese Erkenntnis, bestimmte Beziehungsmuster mit dem Patienten zu wiederholen, Konflikte zu vermeiden oder irgendwie dämlich dazustehen, mit erheblichen Schamgefühlen einher, sich unprofessionell zu verhalten. Doch das Gegenteil ist der Fall: Wir müssen uns verstricken,

damit wir gemeinsam mit dem Patienten maladaptive Beziehungsmuster erkennen und ggf. verändern können. Das ist der Kern der Übertragungsanalyse, die immer mit der Analyse der Gegenübertragung Hand in Hand geht. Stattdessen geistert im professionellen Über-Ich von Therapeuten ein unbeweglich dreinschauender und sich auch so gebarender Analytiker herum, der in den Worten Tilmann Mosers (1991) eine »sprechende Attrappe« abgibt. Ängstlich sicherstellen zu wollen, sich nicht unversehens in neurotischen Wiederholungen mit dem Patienten wiederzufinden, verfehlt den Kern psychoanalytisch begründeter Verfahren, nämlich der Analyse und Arbeit mit der Übertragungsbeziehung.

Die Übertragungen des Patienten, seine maladaptiven Beziehungsmuster werden im Gruppen- oder Einzelsetting genau dann sichtbar und der Veränderung zugänglich, wenn sie sich in der Therapie einstellen. Die oben erwähnte Angst, Fehler zu machen, verhindert die notwendige »fröhliche« Bereitschaft, in neurotische Konstellationen einzutauchen, um sie dann gemeinsam mit dem Patienten zu reflektieren und besseren Lösungen zuzuführen. Dies ist kein »Mitagieren«, sondern das Gegenteil dessen: Mitagieren würde man, wenn man durch steifes und unflexibles Verhalten einem generalisierten Vermeidungsverhalten frönt, das bloß dem therapeutischen Ego dient.

Allerdings: Es gibt natürlich auch heillose, nämlich unproduktive oder nicht auflösbare Verstrickungen. Prominentestes Beispiel ist vielleicht die chronische Suiziddrohung stationärer Patienten, die damit Wiederaufnahme oder Verlängerung ihres Aufenthalts erzwingen. Je mehr Ängste sie bei ihren Behandlern oder Teams damit erzeugen, desto mächtiger wird die Drohung und der Patient und desto heillos der Verstrickung. Aus rechtlichen Gründen lässt sich die Drohung ebenso wenig ignorieren wie es das drohende Schuldgefühl verhindert. In solchen Fällen wird man sich darauf beschränken müssen, sich einzugestehen, dass der Patient immer am längeren Hebel sitzt und man manche negative Entwicklungen nicht verhindern können. Diese Haltung ermöglicht eine gewisse Entlastung, selbst wenn es schließlich zum finalen masochistischen Triumph des Patienten durch seine Selbsttötung kommt.

Intransparenz. Falsch verstandene Neutralität und Abstinenz, gepaart mit der Angst, Fehler zu machen oder gegen irgendwelche Regeln zu verstoßen, führten in der Vergangenheit zu einem hohen Maß an Intransparenz bei vielen Psychotherapeuten. Doch Intransparenz schafft ein Klima von Misstrauen und Angst, ist damit iatrogen pathologisch und nicht etwa den ungesunden Übertragungen des Patienten geschuldet. Psychotherapie sollte zu Autonomie und Emanzipation leiten, das eigene Leben in die Hand zu nehmen, und maladaptive Wiederholungskonstellationen aufheben. Damit sind wir aufgefordert, Erläuterungen zu liefern, Verständnis für die Probleme zu schaffen, die die Patienten zu uns führten und so etwas wie eine *psychological mindedness*, also ein Verständnis für innerseelische Vorgänge zu schaffen. Begrenzte Äußerungen des Behandlers über sein eigenes Leben oder seine Erfahrungen sind dann förderlich, wenn sie dem therapeutischen Prozess und nicht der Selbstdarstellung des Therapeuten oder der Befriedigung der Neugier des Patienten dienen. Gegen Ende einer mehr oder weniger gelungenen Behandlung ist eine gewisse Transparenz über den Therapeuten förderlich, weil sie der Entidealisierung und Ablösung dienen kann.

Eine junge Studentin erlebte die offen gelebten Affären ihres Vaters im eigenen Haus mit, während die Mutter eine Etage höher schlief. Das belastete sie und ihren Bruder, den sie tröstete. Von ihrem Vater hörte sie stets: »Stell dich nicht so an!« Über ihre Kindheit sagt sie: »Ich musste immer funktionieren.« Nach einigen Sitzungen geht es ihr mit ihrer depressiven Episode deutlich besser, sie ist entlastet, weil sie viele Zusammenhänge begreift und damit sich selbst. Doch nach langer Krankheit stirbt ihre in der Kindheit bedeutsame Tante, die weniger das Funktionieren der Kinder einforderte. Niedergeschlagen kommt die Patientin, versteht nicht, wieso sie wieder ohne Antrieb sei und sich zurückzöge. Es sei doch alles so gut gewesen und jetzt könne sie nicht ihrem Studium folgen, zöge sich zurück. Sie beklagt damit, dass sie nicht funktioniere, findet, dass sie sich anstelle. Die Trauer sei überall. Die oben genannten Zusammenhänge sind der Patientin rasch klar, aber: »Ich kann im Moment gar nichts, schaffe mein Studium nicht. Wie soll ich damit umgehen?« Ich erzähle der Patientin, dass ich sehr unter Druck mit der Fertigstellung dieses Buches stünde. Doch am Wochenende erreichte mich die Nachricht vom Tod einer Kollegin, die ich wegen ihrer Integrität sehr schätzte, bei der ich aber auch immer um ihre Gesundheit fürchtete. Ein anderer Kollege hatte mir eine Mail mit der Todesnachricht geschickt. »Wie jetzt weiterarbeiten?«, schildere ich der Patientin, »und wie mit der Trauer umgehen?«. Ich erzähle ihr, ich hätte mich entschlossen, dem Kollegen eine persönliche Antwort zu schreiben, doch wann? Sofort? Würde mich dann die Betroffenheit am weiteren Arbeiten hindern? Oder umgekehrt, erst spät am Abend, aber würde dann nicht die Trauer meine Arbeit gerade überschatten? Es geht darum, der Trauer einen Platz zu geben, ebenso wie der nötigen Arbeit. Sofort erkennt die Patientin die Parallele, fragt, wie man solchen Dingen einen Platz geben könne, der begrenzt ist und nicht alles überschattet. Dann fällt ihr ein, wie ihr Kaninchen starb, als sie klein war und die Mutter schon im Auto saß, um shoppen zu fahren. Die Mutter habe sie einfach mitgenommen, das Kaninchen habe weiter tot im Garten gelegen. Ich erkläre ihr, während ihr Tränen in die Augen schießen, die Mutter hätte natürlich auch ein Begräbnis des Kaninchens mit ihr begehen können, eventuell nach einer anschließenden Trauerfeier zum Einkauf mit ihr fahren können. Die Patientin versteht: »Das wäre viel besser gewesen, dann hätte die Trauer einen Platz gehabt und auch das Weiterleben.« Sie hat eine Vorstellung, wie sie einerseits den Tod der Tante betrauern, dennoch aber weiter für ihre Klausuren arbeiten könne. Sie geht mit dem Gefühl, sich nicht anzustellen, und dem Entschluss: »Ich werde versuchen, den Dingen einen Platz zu geben.«

Meine Selbstöffnung war weder exhibitionistisch noch durch narzisstische Selbstdarstellung geprägt, sondern auf die Patientin fokussiert, indem ich ein auf sie passendes aktuelles und authentisches Beispiel lieferte. Dafür war mir die auf Psychoedukation angewiesene Patientin dankbar. Sie profitierte, weil für sie ein passendes Alternativmodell vorstellbar wurde.

Furcht vor Orientierungslosigkeit. Identität gibt Struktur und Orientierung, wo sonst Verwirrung und Beliebigkeit droht. Die Vorstellung einer integrativen oder Einheitspsychotherapie weckt Ängste um die eigene Berufsidentität. Identität entsteht durch Zugehörigkeit und Abgrenzung gleichermaßen. Je sicherer man sich seiner beruflichen Identität ist, desto leichter fällt es, über den eigenen Tellerrand zu schauen und sich undogmatisch oder unkonventionell zu verhalten. Denn geht einem Tiefenpsychologen tatsächlich seine Berufsidentität verloren, wenn er Lernpläne mit seinem vor dem Examen stehenden Patienten erstellt? Muss man als Psychoanalytiker die Couch als mittelfristiges Ziel anstreben, wenn man einen Patienten im Sitzen behandelt? Umgekehrt: Darf ein Tiefenpsychologe keine Couch als Settingvariable verwenden? Geht das Wesen der Verhaltenstherapie verloren,

wenn man die Übertragungsbeziehung analysiert, weil man die generalisierte Lerngeschichte der Beziehungserfahrungen als Übertragung versteht?

Schamkonflikte des Behandlers. Als Psychotherapeuten müssen wir uns mit einer deutlich höheren Schamtoleranz in der Behandlung zur Verfügung stellen, als sie die Patienten initial mitbringen. Diese Voraussetzung ermöglicht es Patienten, ihre »Beziehungsvorschläge« zu entfalten. Doch das ist nur möglich, wenn man sich zunächst quasi naiv auf die »Beziehungsvorschläge« des Patienten einlässt, um sie hernach gemeinsam mit ihm zu untersuchen. Unsicherheiten, Peinlichkeiten und Schamszenen, Verwirrungen und Verstrickungen gilt es zunächst hinzunehmen, statt sie aus Angst vor Scham und Fehlern zu vermeiden (Hilgers 2012). Denn das ist das Beste der Übertragungsbeziehung: die gemeinsame Erkenntnis, wo und wie die aktuellen Schwierigkeiten in Beziehungen mit sich und anderen entstehen und wie sie sich verändern lassen. Die Probleme müssen in der therapeutischen Beziehung sichtbar werden, damit man sie der Veränderung zugänglich machen kann. Auch dies gilt nicht nur für psychodynamische Verfahren. Etwas antiquiert: Der Psychoanalytiker ist ein Übertragungsobjekt. Oder verfahrensübergreifend: Wir stellen uns (begrenzt) zur Verfügung, erleben uns und den Patienten im Hier und Jetzt und versuchen, Schlüsse auf das Dort und Jetzt und Dort und Damals zu ziehen. Ob wir das nun Psychodynamik nennen oder Lerngeschichte, spielt keine so wesentliche Rolle. Deshalb ist es wertvoll, sich Fehlern, Missgeschicken, Peinlichkeiten oder Verstrickungen in der Behandlung zunächst zu überlassen, in der Zuversicht, sie hernach klären und auflösen zu können.

War Freud ein Freudianer? Freud machte gelegentlich einer Patientin ein Kompliment, spendierte bei Pleite auch mal ein Frühstück oder half galant aus dem Mantel (Cremerius 1984). Und vor allem: Freud behandelte seine Patienten in einem modifizierten psychoanalytischen Setting, wie man heute sagen würde, oder tiefenpsychologisch fundiert (nach der Gesamtzahl der Sitzungen), jedoch meist mit hoher Frequenz. Freud hielt sich keineswegs an jene Regeln, die in den Köpfen vieler Psychotherapeuten herumspuken. Und wieso sollten sich Tiefenpsychologen gegenüber ihren analytisch arbeitenden Kollegen minderwertig fühlen? Tatsächlich muss man im tiefenpsychologisch fundierten Verfahren deutlich besser orientiert, strukturiert und fokussiert sein als innerhalb eines analytischen Verfahrens: Man hat weniger Zeit, muss Fehler oder destruktive Entwicklungen rascher erkennen, mit klareren Foki operieren und Ziele mit dem Patienten frühzeitig definieren bzw. sie sehr zeitnah modifizieren. Eigentlich müssten demnach Tiefenpsychologen die qualitativ hochwertigere Ausbildung erhalten.

Verfahrensimmanente Technik? Nichts spricht demnach dafür, sich besonders eng an vorgeblich verfahrensimmanente Interventionen zu halten. Denn welche Vorgehensweisen sind verfahrensimmanent? Und welche eventuell nicht? Entscheidend ist nicht die Orientierung an Verfahren oder Schulen, entscheidend ist die Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten im Prozess. Danach entscheidet sich, welche Interventionen hilfreich sind.

Freudianer gab es erst nach Freud, wobei sich nicht die Begnadetsten seiner Schüler und Nachfolger als solche herausstellten. So stellt z. B. Leo Stone fest: *»Ich glaube nicht, dass die Entwicklung der Übertragungsneurose ernsthaft beeinträchtigt wird,*

wenn der Patient weiß, ob man seinen Urlaub in Südfrankreich oder in England verbringt oder (lassen Sie mich einmal sehr kühn sein!) dass man vom Segeln ein bisschen mehr versteht als von Golf oder Bridge. Hingegen glaube ich, dass sie nicht selten gestört wird, wenn man beharrlich oder wiederholt die Antwort auf solche Fragen, über die ohnedies oft genug spekuliert wird, willkürlich verweigert, ohne einen spezifischen oder angemessenen Grund dafür zu haben als das allgemeine Prinzip, dass der Patient nicht alles über den Analytiker wissen darf oder dass der Analytiker keine Fragen beantwortet [...]. Fragen nach wichtigen Realitäten der analytischen Situation, die der Patient sich nicht selbst beantworten kann, sollten wahrscheinlich häufiger beantwortet werden, als dies geschieht [...].« (Stone 1973, S. 57 ff., Hervorhebung im Orig.)

Es sind die Ziele und Foki, die darüber entscheiden, welches Vorgehen Sinn macht und welche Interventionsformen angesichts gemeinsam definierter Ziele, entgegenstehender Schwierigkeiten und Widerstände, sekundärer Krankheitsgewinne, systemischer Umstände und nicht zuletzt der sozial-ökonomischen Bedingungen infrage kommen und welche nicht. Nicht etwa das ehemals gelernte Verfahren, ob tiefenpsychologisch, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch oder systemisch, entscheidet über konkrete Interventionsformen des Behandlers, mit-hin auch nicht seine theoretisch-praktische Ausbildung. Niemand sollte sich als Freudianer gebärden, ob als Tiefenpsychologe, Psychoanalytiker oder Verhaltens-therapeut. Patienten benötigen keine Fundamentalisten, die sie häufig ohnehin schon als Über-Ich-Instanz im Kopf haben. Vielmehr geht es um individuell auf sie zugeschnittene Wege, die ihre Fähigkeiten, Ressourcen und äußeren Bedingungen ebenso berücksichtigen wie ihre Defizite, Konflikte und Lebensbedingungen. Hier begegnen sich der Patient und der Therapeut auf einer zutiefst menschlich-existenziellen Ebene. Denn was für den Patienten gilt, hat für seinen Therapeuten gleichermaßen Bedeutung: Auch er ist mit seinen persönlichen wie professionellen Möglichkeiten und Grenzen gefragt und gefordert. Das ist die Ebene, auf der sich entscheidet, welche Interventionen und Techniken angemessen und förderlich oder abwegig und hinderlich sein könnten. Es geht weder um beliebige Vielfalt noch um eintönige Gleichsamkeit. Entscheidend ist, was den Patienten in seinem Therapie-prozess und seiner Entwicklung fördert und weiterbringt. Und ob sich der Patient und der Therapeut dabei ergänzen, der Behandler qua persönlicher und fachlicher Möglichkeiten und Grenzen zum Patienten passt und was die beiden als hilfreich im Prozess aushandeln können.

Kurz: Wenn die geschilderten Hemmnisse und Hemmungen den professionellen Blick nicht versperren und sich mithin auch unkonventionelles Therapieverhalten nicht von vorneherein verbietet, geht es um die zentrale Frage im Therapieprozess: Was fördert den therapeutischen Prozess?

1.3 Die zentrale Frage: Was fördert den Prozess?

Interventionen sollten prozessorientiert sein, also den Therapieverlauf fördern, orientiert an den aktuellen Möglichkeiten und Grenzen des Patienten. Prozessorientierung entscheidet sich z. B. an folgenden Aspekten:

- An dem Störungsbild des Patienten: Welche Maßnahmen verbieten sich, welche sind hilfreich?
- An der aktuellen Gesundheit des Patienten und seinen eventuellen chronischen Erkrankungen.
- An der Frage, wie viel an Aufdeckung, Konfrontation oder Übertragungsanalyse aktuell für den Patienten hilfreich ist oder eher eine Überforderung. Man kann Patienten durchaus fragen, ob sie »noch einen vertragen« oder es genug für heute ist. Zugleich lernen Patienten dabei auch Selbstschutz und das Setzen von Maß und Grenzen.
- An der Ausrichtung nach den definierten Zielen und den aktuellen Foki.
- An der Frage nach dem Timing: Wann sollte welche Intervention erfolgen?
- An den psychosozialen Rahmenbedingungen des Patienten: Welche Interventionen führen eher zu Destabilisierung oder Stabilisierung? Sind bestimmte aktuelle psychosoziale Probleme (Arbeit, Wohnen, Finanzen usw.) vorrangig?
- An der Frage in Gruppentherapien, was die Kohäsion der Gruppe und die Integration einzelner Patienten unterstützt. Fördert die Intervention die Gruppe in ihrem Prozess insgesamt? Oder den Einzelnen oder die betreffenden Gruppenmitglieder?

Bedeutet dies nun völlige Beliebigkeit der Interventionen und mithin auch der theoretischen Modelle? Wird also ein Verhaltenstherapeut künftig ohne Umschweife zur Deutung ödipaler Konflikte übergehen, während sein tiefenpsychologisch orientierter Kollege mit einem phobischen Patienten via Exposition Fahrstuhl fährt?

Eher mag es vorkommen, dass man auf dem Weg innerhalb des eigenen Verfahrens an Konflikte und Probleme gerät, die durch Interventionen aus anderen Verfahren Erfolg versprechender behandelbar sind. Wenn man diese Vorgehensweisen beherrscht oder sie kein allzu großes Können erfordern, passen sich Techniken aus anderen Verfahren sehr gut in die eigene Therapieausrichtung ein.

Bei einem stark gehemmten Patienten mit ständig drohenden Schuldgefühlen wird man ein erstes Zuspätkommen entweder überhaupt nicht kommentieren, weil sonst der Über-Ich-Druck noch weiter steigt oder man dem Patienten als externalisiertes verfolgendes Über-Ich in persona erscheint. Man könnte ihm allenfalls – sofern der Patient Humor hat – zu seinem ersten Zuspätkommen gratulieren, im Sinne einer Lockerung der inneren Konfliktspannung. Umgekehrt wird man bei einem Patienten, der häufig zu spät kommt und gerade auf Stellensuche ist, nicht nur darauf verweisen, dass dieses Verhalten jeden potenziellen Arbeitsplatz gefährdet, sondern zudem mit ihm auf die Suche gehen, wo genau die Verspätung vor, während oder nach dem Aufbruch zur Stunde bewusst oder unbewusst »eingebaut« ist und was ihre Bedeutung sein könnte. Ganz ähnlich einer Verhaltensanalyse wird man sich – ob Verhaltenstherapeut, Tiefenpsychologe oder Psychoanalytiker – die

Situation haarklein mit den begleitenden Affekten, Gedanken, Erwartungen usw. schildern lassen, um den Moment der eventuell unbewussten Entscheidung herauszuarbeiten. Bei untersozialisierten Patienten oder solchen mit dissozialen Anteilen wird man hingegen auf Rahmenbedingungen und Einhaltung von Absprachen bestehen und sich um sogenannte Sekundärtugenden kümmern. Es versteht sich in diesem Zusammenhang von selbst, dass man die erwähnte Kampfsportübung bei einem Dissozialen tunlichst unterlässt.

In einer über mehrere Tage laufenden analytischen Selbsterfahrungsgruppe für angehende Psychotherapeuten mit überwiegend weiblichen Teilnehmern herrscht ein Klima lächelnder Aggressionshemmung mit unterschwellig schwelenden Konflikten. Durchaus in diesem Kontext erkundigt sich die Gruppe bei mir, ob man nicht auch aktiver werden könne, weiß aber keine Vorschläge zu machen (sic!). In anderen Gruppen würde das (?) aber praktiziert (was eine latente Kritik am Gruppenleiter darstellt).

Angesichts der deutlich begrenzten Stundenzahl und des hartnäckigen Widerstands, Konflikte offener und aggressiver zu führen, mache ich der Gruppe den Vorschlag, nach einer Mittagspause eine Aktivübung mit Partnern zu machen, die Kampfsportelemente enthält. Alle sind einverstanden. Die einfache Übung beinhaltet, dass der eine Partner ansetzt, dem anderen eine leichte Ohrfeige zu geben, und der andere die Ohrfeige durch einen Unterarmblock abwehrt. Nach Demonstration dieser Karategrundtechnik, die in vielen Kampfsportarten Verwendung findet, fordere ich die Gruppenteilnehmer auf, vorsichtig, langsam und mit nur leichter Kraft einen Versuch zu machen. Bereits nach wenigen Durchgängen (die im Wechsel stattfinden) muss ich die Teilnehmer begrenzen: Mit deutlicher Lust holen sie zur Ohrfeige aus, die ebenso herzlich und kraftvoll mittels Unterarmblock abgewehrt wird: Aggression wird lustvoll und ohne Schuldgefühle (anders als vordem in der Gruppe) gelebt. Dieses Erleben ist hernach gut besprechbar – und vor allem: Die Gruppenmitglieder wenden sich einander deutlich aggressiver zu, es entsteht mehr lebendiger Kontakt. Was mir in diesem Kontext von entscheidender Bedeutung erscheint: Wie in der Übung werden keine »Treffer« erzeugt. Im spielerischen Kontext lernt die Gruppe, dass Aggression lustvoll sein kann, dabei aber nicht vernichtend, dass man austeilen und umgekehrt standhalten kann.

1.4 Identität ermöglicht Flexibilität und Offenheit

Gerade eine sichere Identität ermöglicht Offenheit gegenüber anderen Therapieverfahren mit entsprechender Flexibilität im Therapieprozess. Das erleichtert zudem eine Differenzialindikation mit der Möglichkeit, dem Patienten ein anderes Verfahren als das eigene zu empfehlen. Bei komplexen Störungsbildern, wie beispielsweise der Borderline-Störung, Posttraumatischen Belastungsstörung oder Sozialen Phobie, verspricht eine Kombination von Verhaltenstherapie, Skillstraining, interaktioneller Gruppenpsychotherapie und tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Einzelsitzungen die besten Erfolge.

Zwar verbietet aus fachfremden Beweggründen die Richtlinienpsychotherapie die Kombination verschiedener Verfahren, also Verhaltenstherapie mit psychoanalytisch begründeten Modellen, doch bedeutet das keineswegs, dass man nicht Erfolg versprechende Interventionen aus jeweils anderen Verfahren in die Behandlung von Patienten übernimmt, sofern man sich über die Indikationsfragen im Klaren

ist und weiß, wozu man diese oder jene Vorgehensweise wählt. Wieder ist die zentrale Frage, was den therapeutischen Prozess zu fördern verspricht und wieso man gerade jetzt diese oder jene Intervention zu wählen beabsichtigt (oder gerade nicht).

Dass die gleichzeitige Verwendung unterschiedlicher Modelle und Interventionen sehr vielen Patienten zu helfen vermag, zeigt die tägliche stationäre Praxis. Für ambulante Settings bedeutet dies, dass der Behandler nicht etwa alle Therapiemodelle gleichermaßen repräsentiert, aber auf Erfahrungen anderer Verfahren zurückgreift und sie innerhalb seines Modells anwendet. Damit ist weder die spezifische Identität eines Verhaltenstherapeuten, Psychoanalytikers, Systemikers oder Tiefenpsychologen infrage gestellt noch der Weg zur Einheitspsychotherapie geebnet. Denn die Grundlage solcher Flexibilität ist die Sicherheit im eigenen Therapieverfahren, sodass man »gefahrlos« über den Tellerrand blicken und andere Interventionsformen nutzen kann.

Zugleich wäre dies ein Mittel gegen den Pars-pro-Toto-Fehler, der seit vielen Jahren die Psychotherapieszene prägt und nicht gerade eine sichere Berufsidentität unter Beweis stellt (Pars-pro-Toto = ein Teil [eine Technik] wird für das Ganze [die Psychotherapie] eingesetzt). Denn alle paar Jahre wird eine neue Sau durchs Dorf getrieben oder das Rad neu erfunden. Die Innovationen, die scheinbar alles Bisherige in den Schatten stellen, betreffen zwei Bereiche:

- Neue Diagnosen. Man erinnere sich: Innerhalb des Diagnoseglossars wurden in den letzten Jahrzehnten Störungsbilder wie die Borderline-Störung oder die Posttraumatische Belastungsstörung hinzugefügt, ganz zu schweigen von dem theoretisch völlig unklaren Sammelbegriff der Frühstörung jenseits von DSM und ICD. Von inflationärem Gebrauch ist gegenwärtig die angesagte Diagnose Burnout, also Depression mit Erschöpfungszustand, was aber viel weniger chic klingt.
- Neue Therapieverfahren oder Modelle. Aufstellungen, Schematherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Skillstraining, die dritte Welle in der Verhaltenstherapie, die intersubjektive Psychoanalyse, die Arbeit mit dem inneren Kind stellen meist (bis auf EMDR, deren Wirkungsweise weitgehend unklar ist) alten Wein in neuen Schläuchen dar oder einen Mix bekannter Techniken.

Die Bedeutung der Diagnosen von Borderline-Störung oder Posttraumatischer Belastungsstörung steht nicht infrage. Problematisch ist jedoch die Neigung, scheinbar neue und alle offenen Fragen beantwortende Theorien inflationär anzuwenden und diese für revolutionäre Innovationen mit Erlösungscharakter zu halten (was gelegentlich fast fanatische Identifikationen mit den Neuerungen mit sich bringt, bei gleichzeitiger Vernachlässigung oder Entwertung »traditioneller« Modelle).

Allerdings sind solche Auswüchse beinahe zwangsläufig, wenn man sich mit einem Verfahren entweder überidentifiziert und damit enge eigene Grenzen bei der Arbeit mit Patienten erleben muss oder umgekehrt keine sichere Berufsidentität besteht, die einen gelassenen Zugriff auf andere Modelle und Techniken erlaubt. Übersehen wird häufig, dass wir uns in Modellen bewegen, die eine gewisse Annäherung an eine Realität erlauben, die wir im Zweifel nicht kennen. Modelle

besitzen einen begrenzten Erklärungs- und Vorhersagecharakter, weshalb es sich empfiehlt, sie nicht mit der Wirklichkeit zu verwechseln im Sinne der sogenannten Reifikation (die Vorstellung, eine Theorie oder ein wissenschaftliches Konstrukt für die Realität zu halten). Solange wir uns dessen bewusst sind, können wir auf der Grundlage einer sicheren Bindung an das eigene Therapiemodell mit Gewinn auf verwandte und fremde Techniken zurückgreifen. Diese sichere Orientierung innerhalb des gelernten und angewandten Verfahrens erlaubt die Beantwortung der Frage, wozu und mit welchem Ziel man welche Technik auch immer anzuwenden gedenkt. Damit stellt man zugleich ein attraktives Modell für Patienten bereit, indem man sich weder beliebig noch starr verhält, sondern sich selbstverständlich und gelassen auch in fremden Welten zu bewegen weiß, weil die Rückkehr in die eigene Heimat fraglos verfügbar ist.

1.5 Wer ist Psychotherapeut (und wer nicht)?

Psychotherapeutische Arbeit

Wer ist Psychotherapeut? Die Frage ist bereits falsch gestellt: Denn wer behandelt psychotherapeutisch? Ein Psychologe mit entsprechender Zusatzqualifikation für die Behandlung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen, sein ärztlicher Kollege, der als Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ausgebildet ist, eine Sozialpädagogin mit Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichentherapeutin? Ist jemand, der zwar eine psychotherapeutische Ausbildung hat, die jedoch nicht von Gesetzgeber, Kammern oder Kassenärztlicher Vereinigung anerkannt wird, deshalb kein Psychotherapeut? Und was ist mit all den Berufsgruppen, die täglich in Kliniken mit Psychiatrie- oder Psychotherapiepatienten arbeiten, etwa Pflegekräften, Sozialarbeitern, Ergo-, Musik-, Physio- und Sporttherapeuten, Erziehern oder Ernährungsberatern? Sie alle arbeiten therapeutisch – die Ignoranz von Psyche und Psychodynamik ihrer Patienten wäre ein schwerer Fehler. Mitunter gelingt Fachtherapeuten ein rascherer oder besserer Zugang zu Patienten als den »klassischen« Psychotherapeuten.

Eine 22-jährige Frau verletzte sich beim Sport. Einige Tage später klagte sie über Ameisenlaufen an den Extremitäten; eine linkshemisphärische Lähmung stellte sich ein. Die Verdachtsdiagnosen eines Tumors oder einer Multiplen Sklerose konnten sicher ausgeschlossen werden. Auch andere organische Faktoren schieden aus. Schließlich wurde die Patientin in einer psychosomatischen Abteilung aufgenommen. Psychische Ursachen ihrer Konversionsstörung konnte die Patientin zunächst nicht akzeptieren. Auch das Verlassen des Rollstuhls gestaltete sich schwierig, die Patientin war allenfalls bereit, an einer Stabilisierungsstange im Krankenhausgang einige Meter zu gehen, jedoch nur, wenn sie an der anderen freien Hand gestützt wurde. Die zuständige Physiotherapeutin, selbst nur wenige Jahre älter, sprach die Patientin auf ihren geliebten Sport an. Es stellte sich heraus, dass sich die Patientin ihre ursprüngliche Verletzung beim Taekwondo zugezogen hatte. Authentisch interessiert erkundigte sich die Physiotherapeutin nach Kampfsporttechniken, die sie gern einmal gezeigt bekäme, um sie selbst auszuprobieren. Daraufhin verließ die Patientin problemlos und ohne jede Bewegungseinschränkung ihren Rollstuhl und die beiden trainierten eine halbe

Stunde Tritttechniken. Nach Abschluss der Physiotherapieeinheit nahm die Patientin wieder im Rollstuhl Platz. Nach und nach gelang es, die »Rollstuhlzeiten« durch die Arbeit mit der Physiotherapeutin immer weiter zu reduzieren, bis sie schließlich die Klinik verlassen konnte. Handelte es sich hierbei etwa nicht um Psychotherapie gemäß der Definition von Strotzka (► Kasten unten)?

Üblicherweise geben Klinikleitungen die Losung heraus, die genannten Berufsgruppen arbeiteten therapeutisch, aber nicht psychotherapeutisch. Doch was genau ist dann Psychotherapie? Handelt ein Psychotherapeut, der bei Ernährung, Wohnungs- und Arbeitsfragen, Alltagsbewältigung oder Umgang mit Körperlichkeit berät und interveniert, etwa untherapeutisch oder zumindest nicht psychotherapeutisch? Hat etwa die Physiotherapeutin im obigen Beispiel ihre Kompetenzen überschritten?!

Die recht unhandliche Definition von Strotzka gibt zwar Aufschluss, erklärt aber zugleich, dass alle möglichen Berufsgruppen Psychotherapie ausüben.

Definition

»Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturierung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.« (Strotzka 1975, S. 32)

Umgekehrt bedeutet das aber auch: Psychotherapie im weiteren Sinne wird von zahlreichen Berufsgruppen ausgeübt. Eine Form ist eine Behandlung durch einen für ein spezielles Psychotherapieverfahren ausgebildeten Experten. Doch mindestens im stationären Rahmen ist der klassische Psychotherapeut auf ein Team von zahlreichen Experten anderer Gebiete angewiesen. Es mag der Eitelkeit der gesetzlich und sozialrechtlich (also von den Krankenkassen) anerkannten Psychotherapeuten abträglich sein: Wir sind nicht die Hüter des Grals, und wir sind auch auf vielen Gebieten viel weniger kompetent als die Vertreter unserer Nachbardisziplinen, ohne die oft kein oder nur geringerer Fortschritt zu erzielen ist. Im besten Fall lernen wir von ihnen und übernehmen Wissen und praktische Fertigkeiten in unseren täglichen Umgang mit Patienten.

Folglich bleibt wenig Platz für dogmatische Haltungen oder starres Festhalten an eisernen oder goldenen Regeln. Wer das möchte, verwechselt Psychotherapie mit Metallurgie. Weil aber umgekehrt nicht etwa »anything goes« die neue Regel sein kann, ist das Ringen um eine angemessene, respektvolle und von fundiertem Fachwissen getragene Haltung ein schwieriger Drahtseilakt.

Beim Balancieren verliert man allzu leicht das Gleichgewicht, gerät ins Taumeln oder fällt. Das ist in der Psychotherapie nicht besonders aufregend, solange man

sich dessen bewusst ist und weder beleidigt noch schuldbeladen wieder aufsteht. Das wirklich Aufregende in der Begegnung mit einem Patienten oder einer Gruppe sind die Klippen und Verstrickungen, die tragischen und atemberaubenden Momente, wo man nicht mehr weiterweiß oder an die Grenzen persönlicher Belastungen gerät. Und vielleicht am Lehrreichsten könnten offene Berichte über scheiternde Behandlungen, über aggressive oder erotische Verstrickungen sein. Mit zunehmender Rigidität der Ethikrichtlinien dürften solche öffentliche Eingeständnisse zunehmend schwieriger werden, zumal auch Regressansprüche von Kostenträgern und/oder Patienten drohen. Immerhin können wir uns aber vornehmen, im vertrauten Kreis von Supervision oder Intervision von solchen Nöten und Fallstricken offen zu berichten, in der Gewissheit, dass es den anderen ähnlich geht oder schon ergangen ist.

Identität mit vielen Facetten

Bleibt die Frage, ob so etwas wie eine psychotherapeutische Identität oder eine Kernidentität im Zentrum zahlreicher Facetten für den einzelnen und darüber hinaus für die Berufsgruppe existiert. Psychotherapeuten können als Coachs arbeiten oder als Organisationsberater, was allenfalls marginal mit Psychotherapie zu tun hat. Umgekehrt können Fachtherapeuten – wie im obigen Beispiel der Physiotherapeutin mit ihrer hysterischen Patientin – sehr wohl erfolgreich psychotherapeutisch tätig sein. Häufig wird es sich so verhalten, dass Psychotherapeuten im Schwerpunkt diesen Beruf ausüben, Fachtherapeuten je nach Tätigkeitsfeld sich mehr mit Rehamaßnahmen nach Kreuzband-OPs oder Diätplänen für Adipöse beschäftigen, oder sie arbeiten in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Team an der Veränderung von Verhalten und Erleben – eben psychotherapeutisch. Und auch jeder, der Psychotherapie ausübt, wird dies nicht immer gleich tun, wird sich seinen Patienten, ihrer Bildung, ihren Konflikten und ihrem Alter gemäß je anders verhalten und sich selbst auch ein wenig anders erleben.

Einer für alle, alle für einen!

Alexandre Dumas beschreibt in seinem Roman »Die drei Musketiere« drei alte Haudegen, zu denen ein junger, unerfahrener Mann stößt, der unbedingt ein Musketier werden möchte. Die vier unterscheiden sich charakterlich außerordentlich, bilden aber dennoch oder vielleicht gerade deshalb eine verschworene Einheit in der Vielfalt.

Was uns in der Psychotherapie betrifft, so repräsentieren die drei (oder beliebig mehr) alten Haudegen unsere persönlichen Charakterseiten mit unseren Lebenserfahrungen, Fähigkeiten und Grenzen. D'Artagnan, der junge Mann, der unbedingt ein Musketier sein oder werden möchte, sind wir in unserer professionellen Rolle, in der wir immer die Jungen und relativ Unerfahrenen bleiben, verglichen mit unserer persönlichen Lebenserfahrung. Wir können und müssen aber auf die Erfahrungen und Kompetenzen der anderen drei zurückgreifen, sie leben in uns und wir begegnen mit ihnen unseren Patienten. Nicht unreflektiert und blindwütig, wie D'Artagnan anfangs, sondern zunehmend überlegt und doch auch mit der Leidenschaft der alten Musketiere.

Keine Therapie gleicht der anderen, weil wir in jeder therapeutischen Allianz ein wenig oder gar sehr anders sind. Manche Settings erfordern supportive, andere mehr konfrontative, spiegelnde, deutende oder direktiv-transparente Interventionen. Mit jugendlichen oder jungen Erwachsenen verhält man sich anders als mit alternenden, kranken oder sterbenden Patienten (► Kap. 7). Untersozialisierte, dissoziale Patienten sollten sehr deutlich konfrontiert werden (nicht zuletzt zu unserem eigenem Wohl), traumatisierte, durchlässige und ich-schwache Patienten hingegen benötigen einen sehr vorsichtigen, sanften und stabilisierenden Umgang. Von einer Therapie-stunde auf die andere, von einer Gruppentherapiesequenz zur nächsten ändern wir radikal Ton und Timbre, variieren Direktivität und Distanz. Dennoch bleiben wir dabei unverwechselbar die, die wir sind. Wie viele wir dabei sein können oder uns zutrauen, wie unterschiedlich die Facetten sind, die wir leben können, ohne uns zu verstellen, mag individuell variieren und mit persönlichen Vorlieben, Ängsten, Interessen und Abneigungen korrespondieren.

Unter diesen Gesichtspunkten spielt die Ausrichtung der therapeutischen Ausbildung – ob verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch, humanistisch oder neuropsychologisch – eine weniger entscheidende Rolle als die Fähigkeit, sehr unterschiedliche Therapiemodelle nicht nur zu kennen, sondern auch zu integrieren. Eine Einheitstherapie (Grawe 1994) würde die Vielfalt in der Einheit nicht etwa erweitern, sondern durch Auflösung zerstören. Denn mit den teils widersprüchlichen therapeutischen Ansätzen zu leben und zu arbeiten, erfordert eine therapeutische Identität – jenseits der verschiedenen Paradigmen, aber gleichwohl mit einer Herkunftsidentität als Verhaltenstherapeut, Psychodynamiker usw., wie auch als Erzieher, Pflegekraft oder Fachtherapeut. Jeder von uns hat viele Seiten. Identität entsteht durch integrierte Vielfalt, durch Akzeptanz innerer Widersprüchlichkeit. Aus ihr erwächst therapeutische Flexibilität. Wir alle greifen auf einen Pool persönlicher wie professioneller Erfahrungen und Wissensstandards zurück. Es geht um eine persönliche Einheit in der Vielfalt, um einen für alle, aber auch alle für einen.

Dennoch bleibt bei aller Vielfalt ein Kern der psychotherapeutischen Haltung, wie im Folgenden dargestellt – dabei beschränke ich mich auf technische Aspekte und verzichte bewusst auf eine Aufzählung ethischer Gesichtspunkte:

- Respekt vor dem Patienten, seiner Not, seinen Fähigkeiten und Defiziten.
- Taktgefühl bei allen Interventionen.
- Beziehungsorientierung: Vorrang haben das wechselseitige Vertrauen in und die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung, die Konflikte im Hier und Jetzt vor jenen im Dort und Jetzt und schließlich den historischen im Dort und Damals.
- Wohlwollende, technische Neutralität.
- Wahrhaftigkeit und Wahrheitssuche.
- Freundliche Neugier (wir lehren das Fragen, weniger die Antworten).
- Die Freude an der Entdeckung (wir lehren das Staunen, ► Kasten »Mr. Spock«).
- Erläuterung von Prozess und Vorgehen (wir lehren keine Modelle, sondern psychological mindedness (psychologische Sensibilität)², keine Ziele, sondern eine Art zu denken und zu handeln, wie man zu Zielen gelangt).
- Tradition der Aufklärung: Es gibt keine grundsätzlichen Tabus bei Fragen und Antworten. Paradigmatisch ist die Frage »Wieso eigentlich?«

2 Eigentlich die Fähigkeit zur Selbstprüfung, Selbstreflexion, Introspektion und persönlicher Einsicht. Hierzu gehört auch die Fähigkeit zum symbolischen Denken (»als ob«).

- Relative Ideologiefreiheit: Psychotherapie ist nicht ahistorisch oder statisch, sie findet im aktuellen gesellschaftlichen Kontext statt. Wir vermitteln keine Ideologien, sondern Instrumente, sie im Bewusstsein oder Unbewussten zu erkennen.
- Vorurteilsfreiheit und Gleichheit: Uns trennt lediglich unsere Rolle von unseren Patienten. Einen Unterschied bei Religion, Hautfarbe, sogenannter Rasse, Herkunft oder Einkommen, Geschlecht oder sexueller Identität oder Orientierung machen wir nicht.
- Demut und die Universalität des Leidens: Wir sind uns bewusst, dass das Schicksal des Patienten auch unseres sein könnte oder auch – im Angesicht des Todes – irgendwann sein wird.

Mr. Spock oder die Fähigkeit zu staunen

Angeblich haben die Vulkanier, zu denen Mr. Spock aus den Star-Trek-Staffeln gehört, keine Emotionen. Das ist natürlich Unsinn, denn mit seinem berühmten wiederkehrenden Ausspruch »faszinierend!« drückt Mr. Spock einen Primäraffekt aus, nämlich Interesse, Neugier oder Erstaunen. Was vielmehr gemeint ist: Die Vulkanier neigen nicht zu sofortigen (moralischen) Urteilen. Mr. Spock repräsentiert eine grundlegende psychotherapeutische Haltung, nämlich die des wertneutralen Staunens. Staunen eröffnet die Möglichkeit, sich interessiert zu erkundigen und dabei nicht durch rasche Bewertungen vom eigentlichen Ziel der Exploration abgebracht zu werden. Wir betreten Neuland, ein fremdes Universum sozusagen. Um die Lebensbedingungen des noch fremden und stets ein wenig unbekannt bleibenden Universums besser zu begreifen, lohnt es, bei dieser Haltung des Staunens zu bleiben, um nicht nur die vom Patienten gemachten Äußerungen zu verstehen, seine Mimik, seine Körperlichkeit und seine Symptome. Für das Erfassen der Dynamik des Patienten und die impliziten Konsequenzen ist eine wertneutrale Haltung oder, in den Worten Otto F. Kernbergs, technische Neutralität eine Voraussetzung: Was bedeuten die Schilderungen des Patienten? Welche Konsequenzen haben sie? Wenn man die Angaben des Patienten weiter oder zu Ende denkt, was sind die Folgen? Wie wird unser Patient wohl in 5 oder in 10 Jahren leben? Oder am Ende seines Lebens? Können wir ihn damit konfrontieren? Oder wieso eigentlich nicht?

Die Wiedererlangung der Naivität als staunende Begegnung

Die Haltung von Vorurteilsfreiheit jenseits platter Ideologien eröffnet die Möglichkeit, a priori wenig oder nichts zu wissen und daher mit freundlichem Interesse Fragen zu stellen: Wie sorgen Sie für ihre Sicherheit bei im Internet verabredeten One-Night-Stands? Woher bekommen Sie das Geld für ihren Drogenkonsum, Ihr Glücksspiel, Ihre Kaufsucht? Wieso glauben Sie eigentlich, Ihre Mutter mindestens einmal täglich anrufen zu müssen? Wieso sind Sie eigentlich für das Wohlergehen Ihrer Eltern, Kinder, Partner maßgeblich verantwortlich? Wieso präferieren Sie eigentlich Analverkehr?

Die zentrale psychotherapeutische Frage »Wieso eigentlich?« repräsentiert diese Vorurteilsfreiheit, die es ermöglicht, simple Fragen aufzuwerfen, die sonst aus Hemmungen, fälschlichen Vorannahmen, Theorielastigkeit oder Scham- oder Schuldgefühlen gar nicht erst ins Bewusstsein dringen.

Es geht also um ein quasi fröhliches Sich-Einlassen mit Fragen, die oft ein unmittelbares Verstehen des Patienten ermöglichen oder dem Patienten überraschende neue Perspektiven eröffnen – freilich nicht immer von Freude begleitet.

In einer Tagesklinik einer großen psychiatrischen Einrichtung wird eine Patientin mit Binge-Eating behandelt. »Es passiert mir immer wieder« – eine typische Formulierung, die jede persönliche Verantwortung von sich weist. Das Team ist immerhin von der Patientin so weit informiert, dass es unter anderem um bis zu zehn Tafeln Schokolade geht. Wenn man die Dinge jedoch konsequent mitdenkt, muss man sich überlegen, wann die Patientin die notwendigen Vorräte heranschafft, wo sie dies tut, ob sie aus Scham unterschiedliche Geschäfte oder immer die gleichen aufsucht, wann sie beschließt, entsprechend »einkaufen zu gehen« usw. Diese scheinbar banalen Fragen lassen einen in die Welt der Patientin eintauchen, mit dem Ergebnis, dass man mit ihr bis zu dem Zeitpunkt gelangt, wo die Patientin beschließt (!), ihre Vorräte aufzufüllen, um sicherzustellen, dass sie hernach einen Essanfall vollziehen kann. Auf diese Weise deckt man die im Vorfeld gefallenen bewussten und von Verantwortung getragenen Entscheidungen der Patientin auf. Staunend folgen wir der Patientin durch ihren Tag, der in hohem Maße von Planung und Durchführung der Essanfälle bestimmt ist.

Der Begriff des Widerstands, mit dem man möglichst zurückhaltend hantieren sollte (Fürstenau 1994; Hilgers 2013), macht bei solchen Gesprächen durchaus Sinn, denn voraussichtlich wird sich ein Patient heftig gegen die minutiöse Aufdeckung seines Verhaltens und der damit verbundenen bewussten Steuerung durch das Ich zur Wehr setzen. Offensichtlich wird, dass es eben nicht »passiert«, sondern dass der Patient in einem mehr oder weniger abgespaltenen Bereich zielgerichtete Handlungen vornimmt, die sein Symptom aufrechterhalten. Doch was hindert uns, auch dies freundlich-staunend zur Kenntnis zu nehmen und den Patienten einzuladen, am Staunen teilzuhaben?

Das Staunen sollte sich also nicht nur auf uns als Behandler beschränken, sondern eine freundliche Einladung darstellen: nicht entwertend, beschämt, schuldbeladen oder streng auf Eigenes zu schauen, sondern wie wohlwollende Freunde oder Eltern mit Milde und Interesse.

Zum Schluss: Von der Schwierigkeit, sich bewusst verrückt zu verhalten

Dieses Kapitel beschäftigte sich mit der Frage, wie es gelingen kann, sich in unserem Beruf einigermaßen »normal« zu verhalten. Doch zur Normalität gehören im Alltag auch allerlei Verrücktheiten, die jeder von uns in sich trägt und bisweilen lebt. Allerdings wollen wir damit nur ungern gesehen werden, weder von anderen noch – fast schlimmer – von uns selbst. Um jedoch die Dynamik zwischenmenschlicher Prozesse zu erfassen, Patienten mit ihren Absonderlichkeiten zu verstehen und uns selbst in Interaktion mit ihnen zu begreifen, bedarf es gelegentlich eines wiederum »fröhlichen« Eintauchens in das, was wir gerade noch als unverständlich, abwegig, skurril oder eben verrückt erlebten. Normal, lebendig und flexibel zu sein, bedeutet also oftmals, sich durch Verhalten und Erleben auf die scheinbaren oder tatsächlichen Verrücktheiten unserer Patienten einzulassen. In Supervisionen

geschieht dies manchmal durch Übertreibungen, bewusste und mit herzhaftem Lachen quitierte Überzeichnungen, die bisher Unverstandenes schlaglichtartig begreiflich machen. In meinem letzten Praxistipp dieses Kapitels möchte ich für bewusste Verrücktheiten plädieren, die uns zu einem ganz normalen Verständnis führen können.

Praxistipp

Nix verstehen? Imitieren Sie den Patienten!

Alltag im therapeutischen Geschäft ist, wenig oder nichts zu verstehen, staunend (► Kasten Mr. »Spock« S. 16) vor einem Verhalten, einem Symptom oder schlicht einem Phänomen zu stehen. Man begreift den Patienten, die therapeutische Beziehung oder die Art des Patienten, mit sich zu sein und zu leben, nicht. Geschweige denn seine außertherapeutischen Beziehungen. In seinem faszinierenden Buch über Psychoanalyse, Kunstgeschichte und Neurowissenschaften beschreibt Eric Kandel (2012), wie der Wiener Maler Oskar Kokoschka (1886–1980) Porträts schuf, indem er sich in seine Modelle hineinversetzte und ihre Mimik imitierte. Verblüffenderweise gelang es ihm so, einen kommenden Schlaganfall des Chefs der Züricher Psychiatrie Burghölzi – und zwar seitengerecht – malend vorwegzunehmen, ebenso wie die aufkommende Psychose des Literaturwissenschaftlers Ludwig Ritter von Janikowski. Der Kunsthistoriker Ernst Gombrich (1909–2001) vermutete, Kokoschkas Einfühlungsvermögen beruhe auf den eigenen (empathischen, also spiegelnden) Muskelerlebnissen. Unbewusst reagieren wir mit simulierenden Gesichtsmuskelbewegungen auf die Emotionen unseres Gegenübers. Komplexes Verstehen (oder auch Nichtverstehen) setzt partielle Imitation der anderen Person voraus. Diese eigene spiegelnde muskuläre oder auch motorische Reaktion interpretieren wir durch Selbstreflexion. Was liegt also näher, als diesen ohnehin stattfindenden Prozess zu forcieren, die Imitation bewusst vorzunehmen oder gar zu übertreiben?

Mit manchen Patienten kann man das gemeinsam in der Stunde tun, bei vielen, die sich auf den Arm genommen fühlen würden, jedoch nicht. Nichts spricht aber dagegen, Laute, Bewegungen, Gesichtsausdrücke z. B. vor dem Spiegel jenseits der Therapiesitzung zu imitieren und sich zu fragen, was mit einem passiert oder wie man sich fühlt: Was drücke ich gerade aus? Was vermeide ich?

Gleiches gilt für Supervisionssitzungen in Teams: Ich lasse mir den Patienten – ob erwachsen oder minderjährig – »vormachen«. Allein das führt bereits dazu, dass wir alle spiegelnd ähnliche Gesichtsausdrücke oder muskuläre Körperhaltungen einnehmen und dem Zustand des Patienten näherkommen. Allerdings setzt das voraus, dass man keine Angst davor hat, sich verrückt zu verhalten, oder um den Patienten besser zu verstehen, sich einen Moment lang noch übertriebener zu geben, als es der Patient schon tut. Ist diese Peinlichkeitsgrenze überwunden, betritt man im günstigsten Fall eine bisher wenig bekannte Welt: »Faszinierend!«, hätte Mr. Spock aus dem Star-Trek-Universum gesagt.

2 Wie geht eigentlich Psychotherapie?

2.1 Fragen des Patienten

Ein etwas antiquierter Psychoanalyse-Witz geht wie folgt: In der letzten probatorischen Sitzung fragt der Analytiker: »Haben Sie noch irgendwelche Fragen?« Der Patient: »Äh, im Moment nicht, wieso?« Der Analytiker: »Ab der nächsten Stunde beantworte ich keine Fragen mehr.«

Psychotherapie, ob psychodynamisch orientiert oder verhaltenstherapeutisch, ist der Tradition der Aufklärung verbunden: Es geht um die Emanzipation des Patienten von inneren wie äußeren Konflikten, der Erkenntnis unbewusster oder maladaptiver Verhaltens- und Erlebnisweisen, die Verbesserung der äußeren Beziehungen zu Freunden, Kollegen und Partnern wie auch der inneren Beziehung zu sich selbst. Was also liegt näher, als den Patienten in den Prozess und seine Wirkungsweisen einzubinden, und was läge ferner, als ihn unwissend zu halten und sich als Guru aufzuspielen!

Viele Patienten fragen sich, wie eigentlich Psychotherapie geht. Manchmal trauen Sie sich auch, diese Frage laut zu stellen. Im Rahmen verhaltenstherapeutischer Verfahren fällt die Beantwortung sicher leichter und weniger verwirrend aus als bei psychodynamischen Settings. Je mehr bereits in der Sprechstunde und Probatorik Übertragungsphänomene zur Sprache kommen (was unbedingt anzuraten ist), desto mehr ähnelt die spätere Therapie den probatorischen Sitzungen. »Eigentlich so, wie unsere bisherigen Sitzungen«, könnte man also antworten oder auch »Sie erleben es gerade«. Oft möchten Patienten darüber hinaus aber wissen, wie und wieso Psychotherapie bei ihnen eigentlich wirken soll. Im Sinne der obigen Bemerkungen über Aufklärung und Emanzipation spricht nichts dagegen, Patienten auch im Verlauf wesentliche Mechanismen zu erklären oder Transparenz über das eigene Vorgehen zu schaffen. Vor jeder Operation erwarten wir Aufklärung vom Anästhesisten und vom Operateur. Im Gegensatz zur Behandlung unter Vollnarkose können unsere Patienten jederzeit Fragen stellen oder den bisherigen Verlauf mit uns bilanzieren. Der wesentliche Unterschied zum chirurgischen Eingriff besteht also hier darin, dass die Behandlung mit wachsendem Bewusstsein zu erfolgen hat.

Lediglich dann, wenn der Patient zu Intellektualisierungen neigt und mittels Theoretisieren vom eigentlichen therapeutischen Geschehen abzulenken geneigt ist, wäre ein Hinweis genau darauf sinnvoll. Doch auch diese Intervention kann man wiederum erläutern, mit den Worten: »Das ist so eine persönliche Art von Ihnen, häufig dann, wenn Sie von Themen erfasst und emotional berührt werden könnten, sich durch Theorien in Sicherheit zu bringen. Ich schlage vor, ich erläutere Ihnen die Antwort, nachdem wir das Thema geklärt haben.« Solche Hinweise laufen nicht Gefahr, den Patienten durch Zurückweisung zu beschämen, nehmen sein Anliegen ernst, ohne sich auf die Abwehr einzulassen.



Abb. 2-1 Schon das Auftreten des Arztes kann therapeutische Wirkung haben.
© Gerhard Glück

Dennoch, viele Fragen sind mehr als berechtigt, denn immerhin geht es dem Patienten um seine Gesundheit und die Ungewissheit, ob er beim Behandler gut aufgehoben ist und dieser sein Handwerk versteht. Tut er das, spricht nichts dagegen, dass auch der Patient etwas vom Handwerk des Therapeuten zu verstehen beginnt.

Denn nur dann kann der Patient ansatzweise beurteilen, ob das angewendete Verfahren passend, die Interventionen sachgerecht und die Haltung des Therapeuten ethisch und menschlich angemessen sind. In der Probatorik oder der Sprechstunde müssen also Patienten mit sehr geringem Wissen eine sehr komplexe Situation zu beurteilen versuchen und zudem prüfen, ob die Chemie zwischen ihnen und dem Psychotherapeuten stimmt.

Was liegt also näher, als mit dem Patienten über seine Fragen und solche, um deren Existenz er noch gar nicht weiß oder deren Tragweite er nicht beurteilen kann, vor Therapiebeginn zu sprechen? Und selbstverständlich sollte man klarstellen, dass Fragen auch während des Therapieprozesses jederzeit möglich sind. Den Fanatikern der reinen Übertragungsbeziehung sei gesagt, dass man nicht jede Frage direkt und erschöpfend beantworten muss, alle Fragen aber innerhalb der Übertragungsbeziehung ihren Sinn ergeben. Wieso sich also nicht offen für Fragen zeigen, die man teils umfassend, teils partiell und teilweise – so sie z. B. Grenzen überschreiten – gar nicht beantwortet. Um sie im nächsten Moment mit der Gegenfrage zu quittieren, was es eigentlich mit der Frage im Rahmen der therapeutischen Beziehung auf sich hat.

Eine Psychotherapie ist für einen Patienten ein riskantes Unterfangen, dessen Ausgang ungewiss und dessen Verlauf sich recht abenteuerlich gestalten können. Eher sollte man einen Patienten darauf aufmerksam machen, wenn er überhaupt keine Fragen stellt, sich also wenig vor möglichen Gefahren schützt und sein initiales Vertrauen nicht auch vorsichtig überprüft.

2.2 Aufklärung

Notwendigkeit der Aufklärung

Eine Diskussion mit dem Patienten über die anstehende geplante Psychotherapie, ihre Alternativen, die möglichen Risiken und Nebenwirkungen (Kächele u. Hilgers 2013) findet immer noch kaum oder nicht ausreichend statt. Das liegt nicht zuletzt an der verbreiteten Unkenntnis von Psychotherapeuten über die möglichen Fehlentwicklungen im Rahmen einer Therapie (► folgender Kasten). Merke: Aufklären kann nur, wer als Behandler über Risiken, Schäden und Nebenwirkungen von Psychotherapie umfassend informiert ist.

Selbstverständlich sollte man Patienten über die Diagnose, die Indikation, die Differenzialindikation, also mögliche Alternativen der Behandlung frühzeitig informieren. Dazu gehört auch, Patienten zu ermutigen, probatorische Sitzungen bei Kollegen wahrzunehmen, um nicht nur eventuelle andere Sichtweisen, sondern auch andere therapeutische Stile kennenzulernen. Die dort gemachten Erfahrungen sind gut nutzbar, wenn man sich freundlich-interessiert erkundigt, wie es bei der Kollegin war, und fragt: »Können wir daraus etwas lernen?« Das gilt auch, wenn der Patient negative Erfahrungen berichtet, da so eventuelle negative Übertragungsreaktionen frühzeitig sichtbar und vor allem besprechbar werden. Kommt es dann im Verlauf zu ähnlichen Phänomenen, kann man auf die Initialerfahrungen des Patienten bei der Probatorik zurückgreifen und darauf aufmerksam machen, dass

es sich offenbar um ein generelles Problem in Beziehungen handelt, »das wir ja seinerzeit sozusagen schon aus der Ferne kennengelernt haben«.

Allerdings reagieren manche Kollegen gekränkt oder eifersüchtig, wenn Patienten mehrere Behandler zur Probatorik aufsuchen und glauben darin gleich pathologische Beziehungsmuster zu entdecken, etwa die Unfähigkeit, feste Bindungen einzugehen oder die Neigung, destruktive Dreiecksbeziehungen nach ödipalem Muster zu wiederholen. Das mag gelegentlich so sein; die meisten Patienten haben jedoch ganz andere Probleme, nämlich überhaupt einen Termin zu erhalten und jemanden zu finden, »mit dem sie können«. Es empfiehlt sich also, die Eigenverantwortlichkeit des Patienten wertzuschätzen als ein Kriterium, dass natürlich auch für späteren Therapieerfolg (im Gegensatz zu übermäßiger Dependenz) spricht.

In einer Befragung von Märtens und Petzold (2002) wurden Vertreter verschiedener Therapieverfahren (Familientherapie, Psychoanalyse, Psychodrama, Gesprächs-, Gestalt-, Verhaltenstherapie) nach typischen Nebenwirkungen ihres Verfahrens befragt:

- 43 % verweigerten die Antwort.
- 34 % benannten Vorstellungen zu schulenspezifischen Nebenwirkungen.
- 13 % benannten stattdessen positive Effekte (Verkehrung der Frage ins Gegenteil)!
- 10 % machten Aussagen, die wegen ihrer ambivalenten Formulierungen nicht klar zuzuordnen waren.

Kurz: Ein Patient mit maladaptiven Schemata zur Bewältigung der Realität trifft mit erheblicher Wahrscheinlichkeit auf einen Therapeuten, der über maladaptive Schemata hinsichtlich seiner Berufskompetenz (Früherkennung von Therapieschäden oder negativer Nebenwirkungen) verfügt.

Psychotherapeuten haben eine Aufklärungspflicht, die in der Berufsordnung geregelt ist:

Berufsrechtliche Bestimmungen gemäß der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2007

§ 7 Aufklärungspflicht

1. Jede psychotherapeutische Behandlung bedarf der Einwilligung und setzt eine Aufklärung voraus. Anders lautende gesetzliche Bestimmungen bleiben davon unberührt.
2. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterliegen einer Aufklärungspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten über Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, gegebenenfalls Behandlungsalternativen und mögliche Behandlungsrisiken. Die Aufklärungspflicht umfasst weiterhin die Klärung der Rahmenbedingungen der Behandlung, z. B. Honorarregelungen, Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz und die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung.
3. Die Aufklärung hat vor Beginn einer Behandlung in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit der Patientin oder des Patienten abgestimmten Form zu erfolgen. Treten Änderungen im Behandlungsverlauf auf oder sind erhebliche Änderungen des Vorgehens erforderlich, ist die Patientin oder der Patient auch während der Behandlung darüber aufzuklären.