



Rössler

# Die therapeutische Beziehung



Springer

Wulf Rössler (Hrsg.)

**Die therapeutische Beziehung**

Wulf Rössler (Hrsg.)

# **Die therapeutische Beziehung**



Springer

**Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstr. 31 8029 Zürich Schweiz

ISBN 3-540-21670-7

**Springer Medizin Verlag Heidelberg**

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Springer Medizin Verlag.**

**Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media**

[springer.de](http://springer.de)

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2005

Printed in The Netherlands

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Gisela Zech-Willenbacher

Design: deblik Berlin

SPIN 1099 9219

Satz: Stürtz GmbH, Würzburg

Druck: Krips, Meppel, Niederlande

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

# Vorwort

---

Ein Buch über die therapeutische Beziehung. Warum? – Man mag es als Lesebuch für jene betrachten, die in der Psychotherapie tätig sind und einmal über den Tellerrand der eigenen Methoden hinaus schauen wollen. Doch dieses Buch will mehr sein: Meine Mitautoren und ich möchten die therapeutische Beziehung, die nicht nur in der Psychotherapie, sondern bei allen ärztlichen Tätigkeiten eine zentrale Rolle spielt, näher beleuchten. Meine Kollegen tun dies aus der Sicht ihres jeweiligen Fachs. Einleitend möchte ich einige grundlegende Aspekte der therapeutischen Beziehung umreißen und in den Kontext der modernen Medizin sowie deren Teilgebiete Psychiatrie und Psychotherapie stellen.

Täglich hören und lesen wir in den Medien von den Erfolgen der Spitzenmedizin. Die technischen Möglichkeiten, Krankheiten erfolgreich zu behandeln, scheinen fast unbegrenzt. Damit tritt in der institutionellen Medizin der Arzt als Person immer mehr in den Hintergrund. Er diagnostiziert, analysiert, verordnet, koordiniert. Mit seinen Patienten spricht er immer weniger.

Nach Meinung vieler Ärzte ergeben sich die einzelnen therapeutischen Schritte fast zwangsläufig aus der Diagnostik. Die Rationalität der Medizin lässt dem Patienten kaum noch Spielraum für subjektive Entscheidungen. Verweigert er die vorgeschlagenen Therapien, handelt er irrational. Aus meiner früheren konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit im Spital erinnere ich mich noch gut, dass ich öfter aufgefordert wurde, Patienten, die wichtige medizinische Maßnahmen verweigerten, auf deren »Geisteszustand« hin zu untersuchen. Die Konsequenzen einer Verweigerung konnten durchaus ernsthafter Natur sein. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dies teilweise auch der Fall war. Aber den meisten Ärzten fiel es schwer, ihren (entscheidungsfähigen) Patienten ein eigenes Recht auf Entscheidung, geschweige denn das Recht auf eine möglicherweise falsche Entscheidung zuzugestehen.

Die Alltagsmedizin ist weit von der Spitzenmedizin entfernt. Der medizinische Alltag ist weniger von akuten als von chronischen, degenerativen

Erkrankungen geprägt. Während die meisten Menschen sich im Falle akuter und lebensbedrohender Erkrankungen überwiegend bereitwillig der ärztlichen Autorität unterordnen, gilt dies im Falle chronischer Erkrankungen nur eingeschränkt.

Der Arzt fokussiert sich auf Krankheitssymptome, der Patient hingegen prüft – wenn »Heilung« nicht (mehr) das alleinige Ziel sein kann – die Auswirkungen medizinischer Maßnahmen auf sein Leben. Auch hier verweigern sich Patienten nicht selten einer ärztlichen Behandlung – allerdings weniger dramatisch als bei akuten Erkrankungen, wie oben erwähnt. Diese »Verweigerung« wird in der medizinischen Fachliteratur »Non-Compliance« genannt und bringt zum Ausdruck, dass Patienten den ärztlichen Anordnungen nicht folgen (wollen). Diese Verweigerungsraten sind beträchtlich. Für viele chronische – somatische wie psychische – Erkrankungen liegen sie bei etwa 50%.

In der Medizin herrscht die Meinung vor, dass es vielen Patienten ganz einfach an den notwendigen Informationen fehle. Dementsprechend sollen Aufklärungs- und Informationsprogramme helfen, die Compliance der Patienten zu verbessern. Die Erfolge sind – wenn auch vorhanden – eher bescheiden.

Wo sollen sich Betroffene orientieren? Da sie als Laien das professionelle Angebot in der Regel nicht beurteilen können, heißt die Frage vielmehr: An wen sollen sich die Betroffenen wenden? Die Überzeugungskraft des Arztes und das Vertrauen in ihn gründen dabei in aller Regel im Menschlichen: in seiner Anteilnahme dem Patienten gegenüber und in der Ernsthaftigkeit seines Tuns. Vertrauen wie Überzeugungskraft sind unabdingbar erforderlich angesichts der Tatsache, dass nicht jeder Schritt ärztlichen Handelns wissenschaftlich begründet ist, sondern größtenteils aus dem persönlichen Erfahrungsschatz des einzelnen Arztes erwächst.

Als erwiesen gilt, dass die Arzt-Patienten-Beziehung einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis nimmt. Der naturwissenschaftlichen Medizin ist es schwer verständlich, dass eine nicht-stoffgebundene Einflussnahme auf Krankheitsprozesse existieren soll. Deshalb wird dieser Vorgang nicht selten als Placebo-Effekt abgetan.

In der praktischen Medizin ist die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung schon lange erkannt worden. Sie ist das, was den erfahrenen Arzt

ausmacht, worauf er baut. Der unerfahrene Arzt kompensiert nicht selten seinen Mangel an Erfahrung durch eine Vielzahl technischer Untersuchungen. Auch die Patienten neigen dazu, der Faszination »Technik« zu erliegen. Sie vertrauen nicht selten – Tendenz steigend – der Technik mehr als ihren Ärzten. Der Arzt als Person läuft Gefahr, als Störfaktor zu gelten, den man kontrollieren möchte, indem man beispielsweise eine zweite Meinung einholt. Ob sich dadurch die Qualität der Alltagsmedizin wesentlich steigern lässt, möchte ich bezweifeln. Sicher ist, dass so die Kosten steigen.

Aber nicht nur aus ökonomischen Gründen wird die Forderung immer lauter, der Sprechenden anstelle der technischen Medizin in der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitswesens mehr Raum zu geben. Ansätze für einen solchen Paradigmenwechsel sind unverkennbar. So wurden zum Beispiel kürzlich die ärztlichen Honorierungssysteme in der Schweiz dieser Erkenntnis angepasst. Und die Reform des Medizinstudiums in der Schweiz mit stärkerer Gewichtung der sozialen Kompetenzen zukünftiger Ärzte trägt dieser Entwicklung ebenfalls Rechnung. Angesichts der Bedeutung, die der Arzt-Patienten-Beziehung gegenwärtig zugemessen wird, ist der Diskurs darüber, wie diese Beziehung zu gestalten sei, noch deutlich unterentwickelt. Nicht dass es keine Modelle hierzu gäbe. Für viele Psychotherapieschulen – namentlich psychodynamisch und systemtheoretisch orientierte Schulen – steht der Beziehungsaspekt im Mittelpunkt ihrer Theorie. Die wissenschaftlichen Erfahrungswerte im Hinblick auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Erfolg einer Psychotherapie sind überwältigend.

Auch in der praktischen Psychiatrie ist im Rahmen des bio-psycho-sozialen Therapieansatzes die Arzt-Patienten-Beziehung ein zentrales Thema. Als Erweiterung der dualen Beziehung bezieht sie das soziale Netzwerk der Betroffenen mit ein. In unserem zersplitterten Betreuungssystem mit einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste verfügen viele Patienten nicht mehr nur über eine einzelne, sondern gleich über mehrere Bezugspersonen. Nicht all diese Beziehungen sind langfristig angelegt. Insbesondere im Krisenfall wenden sich Betroffene den Spezialisten zu. Diese benötigen eigene Beziehungsmodelle, um in nur wenigen Stunden oder Tagen tragfähige Allianzen aufzubauen und aufrecht zu erhalten.

Schließlich möchte ich noch erwähnen, dass der Beziehungsaspekt ärztlichen Handelns nicht einfach ein weiteres Element des medizinischen Methodenrepertoires darstellt. Mit der Arzt-Patienten-Beziehung ist ein zentrales Element der ärztlich-therapeutischen Ethik thematisiert. Es gibt wohl kaum ein anderes Berufsfeld, das Kernbereiche der menschlichen Existenz stärker berührt. Entsprechend groß ist die Verantwortung für alle involvierten Berufsgruppen im Umgang mit verletzlichen Menschen. Dies macht eine kritische und fortdauernde Reflexion unserer therapeutischen Ethik unerlässlich.

Die angesprochenen Themenbereiche spiegeln den Inhalt dieses Buches wider. Warum aber dieses Buch gerade zum jetzigen Zeitpunkt? Weshalb ausgerechnet aus der Schweiz? Das »Jetzt« ergibt sich aus der aktuellen Diskussion um das Gesundheitswesen, die diesem Aspekt verstärkt Aufmerksamkeit schenkt. Die Beiträge dieses Buches sollen zum Diskurs über die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung innerhalb einer reformierten Medizin anregen.

»Aus der Schweiz« erklärt sich aus der Geschichte der Schweizer Psychiatrie und Psychotherapie. Ungleich der deutschen Universitätspsychiatrie ist die schweizerische aus der Versorgungspsychiatrie hervorgegangen. Die Schweizer Psychiatrie des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts war damit weniger akademisch an der Hirnpathologie als am praktischen Umgang mit psychisch kranken Menschen orientiert und interessiert. Dementsprechend gab es viele Versuche, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Methoden in die psychiatrische Betreuung und Behandlung zu integrieren. Diese lange Tradition hat ihren Niederschlag in einer Vielzahl psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Schulen gefunden, welche die Schweizer Versorgungsrealität bis heute wesentlich mitprägen. Ein Stück dieser Vielfalt findet sich in diesem Buch wieder. Diese Vielfalt spiegelt sich auch darin wider, dass die verschiedenen Beiträge selbstverständlich nicht nur von Ärzten, sondern auch von Psychologen geschrieben wurden. Diese Interdisziplinarität zwischen Medizin und Psychologie ist angesichts der heutigen Probleme im Gesundheitswesen nicht nur wünschenswert, sondern unerlässlich.

# Inhaltsverzeichnis

---

- 1 **Die Arzt-Patient-Beziehung** ..... 1  
*Helene Haker, Wulf Rössler*
  
- 2 **Die therapeutische Beziehung aus ethischer Sicht**..... 13  
*Johannes Fischer*
  
- 3 **Die therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht** ..... 37  
*Brigitte Boothe, Bernhard Grimmer*
  
- 4 **Die therapeutische Beziehung aus systemischer  
und beziehungsökologischer Sicht** ..... 59  
*Jürg Willi*
  
- 5 **Die therapeutische Beziehung aus verhaltens-  
therapeutischer Sicht**..... 81  
*Hansjörg Znoj*
  
- 6 **Die therapeutische Beziehung in der Krisenintervention** ..... 97  
*Ulrich Schnyder, Urs Hepp*
  
- 7 **Die therapeutische Beziehung in der Depressionsbehandlung** .. 119  
*Daniel Hell*
  
- 8 **Die therapeutische Beziehung in der Schizophrenie-  
behandlung**..... 129  
*Wulf Rössler*

# Mitarbeiterverzeichnis

---

**Boothe, Brigitte, Prof. Dr.**

Psychologisches Institut  
der Universität Zürich  
Abt. Klinische Psychologie I  
Schmelzbergstr. 40,  
8044 Zürich, Schweiz

**Fischer, Johannes, Prof. Dr.**

Institut für Sozialethik  
der Universität Zürich,  
Zollikerstr. 117,  
8008 Zürich, Schweiz

**Grimmer, Bernhard, lic.phil.**

Psychologisches Institut  
der Universität Zürich,  
Abt. Klinische Psychologie I  
Schmelzbergstr. 40,  
8044 Zürich, Schweiz

**Haker, Helene, Dr. med.**

Psychiatrische Universitätsklinik  
Zürich,  
Forschungsbereich Klinische  
und Soziale Psychiatrie  
Lenggstr. 31,  
8029 Zürich, Schweiz

**Hell, Daniel, Prof. Dr. med.**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstr. 31,  
8029 Zürich, Schweiz

**Hepp, Urs, Dr. med.**

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital  
Culmannstr. 8,  
8091 Zürich, Schweiz

**Rössler, Wulf, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstr. 31,  
8029 Zürich, Schweiz

**Schnyder, Ulrich, Prof. Dr. med.**

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital  
Culmannstr. 8,  
8091 Zürich, Schweiz

**Willi, Jürg, Prof. Dr. med. Dr. h.c.**

Institut für Ökologisch-systemische  
Therapie  
Klosbachstr. 123,  
8044 Zürich, Schweiz

**Znoj, Hansjörg, Prof. Dr.**

Institut für Psychologie  
Universität Bern  
Muesmattstr. 45  
3012 Bern, Schweiz

# Die Arzt-Patient-Beziehung

*Helene Haker, Wulf Rössler*

- 1.1 Entwicklung verschiedener Beziehungskonzepte – 3**
  - 1.1.1 Philosophie/Religion – 3
  - 1.1.2 Psychiatrie/Psychotherapie – 4
  - 1.1.3 Psychologie – 5
  - 1.1.4 Systemtheorie – 5
  - 1.1.5 Soziologie – 6
  - 1.1.6 Allgemeine Praxis – 6
- 1.2 Aktuelle Situation – 7**
- 1.3 Ausblick – 9**
- Literatur – 11**

1 Die Fähigkeit, sich einzufühlen, das Verhalten anderer Menschen bzw. ihre Gemütsverfassung zu verstehen und es mit diesem Wissen gegebenenfalls zu beeinflussen, ist eine Hauptvoraussetzung für das Zustandekommen sozialer Beziehungen. Die Entwicklung dieser sozialen Intelligenz und der bewussten und komplexen Gestaltung sozialer Beziehungen entspricht einem der entscheidenden Schritte in der Entwicklung des Menschen (Brothers 1990; Dunbar 1998; Brune 2001). Die Möglichkeit, innere Repräsentationen eigener Beziehungen zu Anderen zu bilden und diese Repräsentationen flexibel zur Gestaltung des sozialen Verhaltens nutzen zu können, wird heute unter den Begriff »**soziale Kognition**« subsumiert. Hierbei handelt es sich auch um unser Wissen, dass andere Menschen ein anderes Erleben, andere Überzeugungen und Bestrebungen haben als wir, und dass wir ihr Verhalten durch ihren Wissensstand, ihre Überzeugungen und Bestrebungen erklären oder sogar voraussagen können (Byrne u. Whiten 1988; Povinelli u. Preuss 1995).

Diese sozial-kognitive Funktion ist unter anderem von grundlegender Bedeutung für die sprachliche Kommunikation. Die sprachliche Interaktion ist, wenn es über den einfachen Austausch von Fakten hinausgeht, entscheidend von der Wahrnehmung und dem Verständnis der Gemütsverfassung des Gegenübers abhängig. Ein Großteil unserer verbalen Kommunikation beruht auf dem Austausch von Metaphern. Für geglückte Kommunikation ist das Verständnis dieser metaphorischen Intentionen entscheidend (Baron-Cohen 1988). Dies gilt insbesondere bei Schilderungen von Ungreifbarem, z.B. der Beschreibung von verändertem (psychischem) Befinden im Rahmen eines Gesprächs zwischen Arzt und Patient.

Die entscheidende Bedeutung dieser zwischen-menschlichen Interaktion im ärztlichen Handeln hat bereits E. Bleuler vor einem halben Jahrhundert formuliert: »Die therapeutische Beziehung des Verhältnisses des Arztes zu seinem Kranken wird am besten verstanden, wenn man es an der Bedeutung misst, die alle menschlichen Beziehungen für die Prägung der Persönlichkeit und für das Befinden haben: Wir werden zu dem, was wir sind, im Zusammenhang mit unseren Beziehungen (...). Und unser alltägliches Befinden hängt weitgehend davon ab, wie unsere Beziehungen zu anderen sind und wie wir sie uns vorstellen.« (Bleuler 1943)

Die einmalig menschliche Fähigkeit, Gedanken- und Erlebniswelten über unsere Sprache mit anderen zu teilen, haben wir Ärzte uns in Form der professionellen Beziehung zum Patienten, der Arzt-Patient-Beziehung, zum Handwerk gemacht. Insbesondere als Psychiater stellen wir diese sozial-kognitive Kompetenz in den Dienst derer, die durch eine Krankheit oder durch ihre Entwicklung in irgendeiner Form eine Einschränkung dieser Fähigkeit erfahren.

## 1.1 Entwicklung verschiedener Beziehungskonzepte

---

Aufgrund der überragenden Bedeutung der sozial-kommunikativen Fähigkeiten im Leben der Menschen und ihrer Beziehungsfähigkeit respektive der Einschränkungen eben dieser Fähigkeiten im Rahmen psychischer Erkrankungen haben sich im letzten Jahrhundert verschiedene intellektuelle Strömungen intensiv mit unterschiedlichen Modellen zur Konzeptualisierung menschlicher Interaktionen auseinandergesetzt.

### 1.1.1 Philosophie/Religion

---

Aus dem Ansatz traditionell jüdisch-christlichen Denkens, formuliert in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts Philosophen um M. Buber, E. Lévinas und K. Jaspers das **dialogische Prinzip** als Grundlage jeder menschlichen Beziehung. In diesem Ansatz wird nicht allein die zwischenmenschliche Beziehung als eigentliche und grundlegende Dimension des Menschseins gesehen, sondern diese Beziehung wird explizit als eine solche zwischen Ich und Du angesetzt. Damit überholt das dialogische Prinzip die Auslegung zwischenmenschlicher Beziehung als eine solche zwischen Subjekt und Objekt. Es geht auch über die Vorstellung zweier sich gegenüberstehender autonomer Subjekte hinaus. Im Buberschen Sinne wird alles Sein aus dem Geschehen der Beziehung zwischen zwei Menschen heraus gedacht und erschlossen (Buber 1923).

Die genannten Überlegungen wurden auch auf die Arzt-Patient-Beziehung übertragen, einer besonderen Form eines solchen Zwei-

1  
erverhältnisses. K. Jaspers formulierte: »Der Arzt ist weder Techniker noch Heiland, sondern Existenz für Existenz (...)<« (Jaspers 1953). Es wäre ein Missverständnis, aus diesen Überlegungen heraus lediglich eine Intensivierung des ärztlichen Gesprächs bzw. der ärztlichen Gesprächsbereitschaft zu fordern. Das dialogische Geschehen meint etwas anderes als den intensivierten Austausch von Informationen. Es handelt sich nicht um eine Gesprächstechnik sondern um eine grundlegend anerkennende und verantwortungsvolle Haltung dem Anderen gegenüber.

### 1.1.2 Psychiatrie/Psychotherapie

---

Wenn wir verschiedene psychotherapeutische Schulen betrachten, sind es v. a. die **psychodynamisch orientierten Therapieschulen**, die die Analyse gestörten Beziehungsverhaltens und den Einsatz der therapeutischen Beziehung in den Mittelpunkt ihrer Störungs- und Therapietheorie stellen. Mit der Entwicklung der Psychoanalyse durch S. Freud zu Beginn des 20. Jahrhunderts gewann dieses Konzept gesellschaftliche Akzeptanz und Relevanz. Gemeinsam gründen die psychodynamischen Theorien in der Annahme, dass subjektiv erlebte Schwierigkeiten das Resultat von Entwicklungsstörungen in der Kindheit seien, die sich auf das aktuelle Erleben und die Gestaltung neuer Beziehungen auswirken.

Basierend auf dieser Theorie beschreiben Lane et al. (1998) drei Beziehungstypen in der Arzt-Patient-Beziehung: Die Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung, die reparative und die reale Beziehung. Hentschel et al. (1997) konnten zeigen, dass nach psychoanalytischen Gesichtspunkten gestaltete Arzt-Patient-Beziehungen einen Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen: Z.B. beeinflusst die vom Patienten wahrgenommene Ähnlichkeit seines Bildes vom behandelnden Arzt mit dem internalisierten Elternbild die therapeutische Allianz in spezifischer Weise. Auch scheint ein gutes Behandlungsergebnis mit realitätsbasierten Beziehungen einherzugehen (Frank u. Gunderson 1990).

### 1.1.3 Psychologie

---

Aus der experimentellen Psychologie heraus entwickelte sich die **Verhaltenstheorie** (Skinner 1953; Watson 1924). Sie analysiert die menschliche Interaktion analog zur experimentellen Situation auf der Beobachtungsebene. Mit der Weiterentwicklung zur **kognitiven Verhaltenstheorie** wurden auch nicht direkt beobachtbare Gedanken und Gefühle in die Analyse menschlicher Interaktionen mit einbezogen. Im Rahmen einer verhaltenstheoretischen Störungstheorie wurden subjektiv erlebte Schwierigkeiten als Folge dysfunktionaler Denk- und Handlungsmuster interpretiert.

In der daraus entwickelten, individuumszentrierten kognitiven **Verhaltenstherapie** war die Arzt-Patient-Beziehung anfänglich kein großes Thema. Der Zugang zur therapeutischen Beziehungsgestaltung fokussiert heute in erster Linie auf Verhaltensmuster, die die Entwicklung eines guten Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Therapeut fördern bzw. behindern (Schaap et al. 1996).

### 1.1.4 Systemtheorie

---

Wurzelnd in der Kybernetik haben sich auch Systemtheoretiker mit Beziehungsfragen befasst und ihre Konzepte auf soziale Systeme übertragen. Anders als die psychodynamischen Therapie-Theorien, orientiert sich die daraus entwickelte **Systemtherapie** an dem aktuellen Beziehungsnetz des Patienten. Dieses wird als Teil eines mehr oder weniger komplexen Systems von Beziehungen gesehen, welche mit relationalen Begriffen beschrieben werden können. Aus der Systemperspektive tendieren die Strukturen und Funktionen dazu, ein dauerhaftes Beziehungsgleichgewicht zu bilden. Diese Balance entwickelt selbst erhaltende Interaktionsmuster (Watzlawick u. Weakland 1977). Mit systemtherapeutischem Ansatz untersucht wurden u.a. das Familiensystem oder das Angehörige-Patient-Arzt-System. So hat sich z.B. gezeigt, dass viele Patienten als Ausgleich für Defizite im familiären System eine Art »kompensatorische Allianz« mit dem Arzt anzustreben scheinen (Hahn et al. 1988).

### 1.1.5 Soziologie

---

Aus der Soziologie entstammt die in der allgemeinen ärztlichen Praxis am weitesten verbreitete Art der Beziehungsgestaltung. Parsons (1951) formulierte das grundlegende Konzept der gegenseitigen Rollenerwartungen von Patient und Arzt. Diese klassische **Rollentheorie** betrachtet Individuen in einer (häufig beruflichen) Personenkonstellation mit festgelegten Funktionen (z.B. Arzt-Patient) aus dem Blickwinkel ihres jeweiligen sozialen Kontextes.

Auf der Grundlage dieser Theorie entwickelte Biddle (1956) drei Arten des Beziehungsverhaltens, welche auf unterschiedlichen therapeutischen Haltungen beruhen: Auf der einen Seite die althergebrachte paternalistische Haltung, die den Arzt auf der aktiven und den Patienten auf der passiven Seite sieht. »Der Kranke will eigentlich nicht wissen, sondern gehorchen« und selbst wenn er »das Gegenteil sagt, begehrt er die Beruhigung, nicht die Wahrheit« meinte der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers vor 50 Jahren (Jaspers 1953). Im Gegensatz dazu steht eine »moderne« konsumentenorientierte Haltung mit umgekehrten Verhältnissen: Der Patient formuliert seine Wünsche gegenüber dem Arzt und dieser »liefert« die gewünschten Informationen oder Angebote. Als Synthese wird heute vorzugsweise eine symmetrische Beziehung im partnerschaftlichen Stil angestrebt, in der Arzt und Patient in Kooperation und unter Wahrung der jeweiligen Autonomie auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Es hat sich gezeigt, dass die beiden erstgenannten, durch Asymmetrie gekennzeichneten Beziehungsstile (paternalistisch bzw. konsumentenorientiert) zu einem schlechteren Behandlungsergebnis führen als die partnerschaftliche Variante (Mohl et al. 1991; Geller et al. 1976).

### 1.1.6 Allgemeine Praxis

---

Auch wenn Elemente der genannten Möglichkeiten zur Beziehungsgestaltung in den Praxisalltag einfließen, so geschieht dies, sofern nicht eine spezielle Zusatzausbildung vorhanden ist, meist intuitiv und unreflektiert. Mit dem bewussten Einsatz der erwähnten und weiteren

hier nicht erwähnten Modellen scheint uns ein Potential zu bestehen, die Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient zu verbessern und den Behandlungserfolg zu optimieren. Zum gezielten Einsatz und zur breiten Ausbildung sind Erfolgsbelege unabdingbar. Trotz vielversprechender Einzelbefunde muss jedoch festgehalten werden, dass die Arzt-Patient-Beziehung im Rahmen der empirischen Forschung insbesondere in der klinischen Psychiatrie – wo sie ein wesentliches Instrument der (nichtmedikamentösen) Behandlung darstellt – ein vernachlässigtes Gebiet ist (McGuire et al. 2001). Die wenigen bisherigen Forschungsarbeiten zu diesem Thema richten sich vorwiegend auf die klassische psychotherapeutische Beziehung. Diese ist jedoch aus verschiedenen Gründen nur schwer mit der psychiatrischen Arzt-Patient-Beziehung vergleichbar. Gründe hierfür sind u.a. die Heterogenität der Behandlungsziele (Stabilität statt Wandel, Rehabilitation, öffentliche Sicherheit, Compliance etc.), der Behandlungsarten (Gespräche, Medikation, Psychoedukation, gegebenenfalls Maßnahmen gegen den Willen des Patienten etc.) sowie die verschiedenartigen Behandlungssettings (Privatpraxis, Klinik, Kriseninterventionszentrum, Hausbesuch im Rahmen des Notfalldienstes etc.).

## 1.2 Aktuelle Situation

---

Die Realität des alltäglich praktizierten ärztlichen Beziehungsverhaltens dürfte sich in vielen Bereichen auf Grund mannigfaltiger und teilweise unvereinbarer Anforderungen von den genannten klar umrissenen Modellen unterscheiden.

In Anbetracht unserer heutigen Vorstellungen eines mündigen, informierten und selbstverantwortlichen Patienten würden die meisten Patienten und viele (nicht alle) Ärzte einer paternalistisch orientierten Arzt-Patient-Beziehung vehement widersprechen. Gleichwohl herrscht über die Art der Arzt-Patient-Beziehung unter Ärzten Unsicherheit, was nicht zuletzt an der vielfältigen Patientenbezeichnungen z.B. als Kranke, Klienten, Behinderte, Betroffene, Nutzer oder Kunden zum Ausdruck kommt. Auch auf der Seite der Betroffenen finden sich verschiedene Bezeichnungen wie Leidende und speziell in der Psy-

1  
chirurgie Psychiatrieerfahrene oder Überlebende, was auf sehr unterschiedliche Erfahrungshorizonte hinweist.

Diese Vielfalt an Konzepten ist zweifellos Ausdruck einer pluralistischen Gesellschaft mit sehr unterschiedlichen Normen und Werten, aber auch weitgespannter Krankheits- und Behandlungskonzepte, die über das traditionelle medizinische Krankheitsmodell hinausreichen. Es geht eben nicht »bloß« um die Krankenbehandlung, thematisiert sind damit u.a. auch ökonomische Aspekte, gesetzliche Regelungen oder Standes- und Berufsfragen.

Das Spektrum klassischer Rollenerwartungen an die sogenannten Heilberufe hat sich damit wesentlich erweitert. Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang noch die Vertrauensbasis, die Talcott Parsons (1951) klassischer Rollentheorie zufolge die wesentliche Grundlage einer Arzt-Patient-Beziehung bildet? Folgt man der gesundheitspolitischen Diskussion, spielt Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung nur noch eine nachgeordnete Rolle: Die Informationspflicht der Ärzte ist in ausführlichen Regelwerken festgelegt und »Second Opinion« ist zur Pflicht geworden. Die daraus folgenden juristischen Aspekte/Folgen sollen hiermit nur angedeutet werden.

Dementsprechend gewandelt haben sich die Definition des äußeren Rahmens einer Arzt-Patient-Beziehung. Heute wird die Arzt-Patienten-Beziehung als Geschäftsbeziehung betrachtet, in der der Arzt sein Wissen und Können einem Patienten gegen Bezahlung zur Verfügung stellt. Auftraggeber ist der Patient, Auftragnehmer der Arzt, wobei es ihm außerhalb einer Notfallsituation frei steht, eine Behandlung abzulehnen (Buddeberg u. Buddeberg-Fischer 2003). Gleichwohl ist die Arzt-Patient-Beziehung keine reine Geschäftsbeziehung, insofern der Patient weder die Freiheit hat, seine Krankheit zu definieren, noch die Wahl der Behandlungsmethode hat. Diese Einschränkung ergibt sich daraus, dass der Patient die gewünschten Leistungen nicht direkt bezahlt, sondern sich in einer Gemeinschaft versichert, die ihm im Krankheitsfalle, aber eben nur bei Krankheit zusichert, solidarisch die Kosten einer wirksamen (auch nicht jeder) Behandlung zu übernehmen. Diese so genannte Solidargemeinschaft kann nur funktionieren, wenn die gesunden Mitglieder der Gemein-

schaft darauf vertrauen können, dass dieses Recht nicht missbraucht wird. In Ländern, in denen das Gesundheitswesen auf der Basis von Solidarität organisiert ist, wie in den meisten Ländern Westeuropas, haben die Ärzte i.d.R. die Aufgabe und Pflicht einer Bedarfsprüfung, ob wirklich eine Krankheit vorliegt. In der Folge fallen den Ärzten neben der medizinischen Behandlung weitere soziale Aufgaben zu. So wird der kranke Mensch vorübergehend von gewissen sozialen Verpflichtungen befreit, z.B. arbeiten zu müssen. Hierfür stellen Ärzte Zeugnisse aus. Demgegenüber stehen Verpflichtungen des Patienten. Er soll dazu beitragen, möglichst schnell zu gesunden und seine Krankenrolle nicht dazu missbrauchen, sich sozialen Verpflichtungen zu entziehen.

Ideal und Realität der Zusammenarbeit von Ärzten und Patienten weichen teilweise weit voneinander ab. Auf Seiten der Ärzte sind es die nicht immer kompatiblen Rollenerwartungen, die zu Resignation und Desinteresse führen können. Immer mehr ist es auch die Art der Honorierungssysteme, die Art und Umfang der Diagnostik und der medizinischen Behandlungsangebote bestimmen. Auf Seiten der Patienten kommt die gestörte Arzt-Patient-Beziehung häufig in einer mangelnden Compliance bezüglich verschiedener ärztlicher Ratschläge/Verordnungen zum Ausdruck. Nicht so selten wird die Arzt-Patient-Beziehung auch durch unausgesprochene Rentenwünsche der Betroffenen belastet, die der Sicherung schwieriger ökonomischer Lebensbedingungen dienen mögen, aber einer Gesundung des Patienten entgegenstehen.

### 1.3 **Ausblick**

---

In der gesundheitspolitischen Diskussion finden sich immer wieder Forderungen, die so genannte sprechende Medizin und damit die Arzt-Patient-Interaktion als therapeutisches Mittel zu fördern. Während in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ausbildung der Arzt-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung eingeräumt wird, spielt diese in der Fachausbildung anderer medizinischer Disziplinen nur eine nachgeordnete Rolle. Es wäre ein Leichtes zu fordern, dass die

1  
Ausbildung in diesem Bereich intensiviert werden müsse, beispielsweise durch das Erlernen bestimmter Gesprächstechniken, die dem Patienten Wertschätzung und Empathie vermitteln und ihn gleichermaßen adäquat informieren. Ein solcher Vorschlag ist nicht neu und erzeugt vermutlich nur wenig Widerspruch. Wenn diesen Aspekten in der Ausbildung trotzdem so wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird, sollten die Gründe hierfür untersucht werden.

Wie bereits oben erwähnt, ist in der empirischen Forschung dem Thema Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie jenseits der klassischen psychotherapeutischen Beziehung bis jetzt wenig Platz eingeräumt worden. So gut wie überhaupt nicht beachtet wurde bisher, dass – wie das für jede wirkungsvolle therapeutische Intervention, medikamentöser oder nicht-medikamentöser Natur, gilt – die Arzt-Patient-Beziehung neben den positiven auch unerwünschte negative Effekte haben kann (Rössler u. Haker 2003).

Über die beziehungstheoretischen Verlaufsbeobachtungen hinaus, wie sie in den bisher vorliegenden Untersuchungen im Vordergrund stehen, sollte zukünftig auch neueren neurowissenschaftlichen Erkenntnissen aus dem Gebiet der sozialen Kognition mehr Raum in der Therapieforschung gegeben werden.

Forschung auf dem Gebiet der sozialen Kognition untersucht die neuropsychologische Verarbeitung der Interaktionswahrnehmung und -gestaltung durch das Zentralnervensystem. Durch das Erkennen spezifischer Defizite in der sozialen Wahrnehmung psychisch Erkrankter wird das zwischenmenschliche Verhalten z.B. von Schizophreniepatienten besser verständlich (Penn et al. 1997). Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, sind z.B. eingeschränkt, die Emotionen in Gesichtsausdrücken zu interpretieren (Mandal et al. 1998). Darüber hinaus ist auch ihre weitere Verarbeitung sozialer Stimuli verändert, so dass sie Schwierigkeiten haben, sich in ihr Gegenüber einzufühlen/einzudenken, und zu antizipieren, was ihr Gegenüber wohl fühlt und beabsichtigt (Mazza et al. 2001). Durch diese veränderte Wahrnehmung der mit ihnen interagierenden Umwelt verändert sich auch das Muster, mit welchem die Patienten sich die Welt erklären und Ursachen für Gegebenheiten suchen (Rössler u. Lackus 1986).

Als Folge der beispielhaft für die Schizophrenie genannten Beeinträchtigungen kann das zwischenmenschliche Handeln und damit auch der therapeutische Zugang mehr oder weniger schwer beeinträchtigt werden. Unabhängig von der Tatsache, dass diese neurowissenschaftlichen Erkenntnisse neue therapeutische Möglichkeiten im Sinne von spezifischen Trainingsprogrammen eröffnen (Vauth et al. 2001), erlauben sie auch den Betreuern einen neuen Zugang zum Patienten respektive ein neues Verständnis für die Interaktion mit ihren Patienten. Ein Ziel könnte sein, diesen sozialkognitiv orientierten Zugang zu konzeptualisieren und die bisherigen psychotherapeutischen Ansätze um dieses Element zu ergänzen.

## Literatur

---

- Baron-Cohen S (1988) »Without a theory of mind one cannot participate in a conversation«. *Cognition* 29:83–84
- Biddle BJ (1956) *Role theory: expectations, identities and behaviour*. Academic Press, New York
- Bleuler E (1943) *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Brothers L (1990) The social brain: a project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience* 1:27–51
- Brune M (2001) Social cognition and psychopathology in an evolutionary perspective. Current status and proposals for research. *Psychopathology* 34:85–94
- Buber M (1923) *Ich und Du*. Insel, Leipzig
- Buddeberg C, Buddeberg-Fischer B (2003) Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Buddeberg C (Hrsg) *Psychosoziale Medizin*. Springer, Berlin, S 327–360
- Byrne R, Whiten A (1988) *Machiavellian Intelligence*. Oxford University Press, Oxford
- Dunbar RI (1998) The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology* 6:178–190
- Frank AF, Gunderson JG (1990) The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 47:228–236
- Geller JD, Astrachan BM, Flynn H (1976) The development and validation of a measure of the psychiatrist's authoritative domain. *J Nerv Ment Dis* 162:410–422
- Hahn SR, Feiner JS, Bellin EH (1988) The doctor-patient-family relationship: a compensatory alliance. *Ann Intern Med* 109:884–889
- Hentschel U, Kiessling M, Rudolf G (1997) Therapeutic alliance and transference: an exploratory study of their empirical relationship. *J Nerv Ment Dis* 185:254–262
- Jaspers K (1953) *Die Idee des Arztes und ihre Erneuerung*. *Universitas* 8:1121–1131
- Lane RC, Quintar B, Goeltz WB (1998) Directions in psychoanalysis. *Clin Psychol Rev* 18:857–883

- 1
- Mandal MK, Pandey R, Prasad AB (1998) Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 24:399–412
- Mazza M et al. (2001) Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 47:299–308
- McGuire R, McCabe R, Priebe S (2001) Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:557–564
- Mohl PC et al. (1991) Early dropouts from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 179:478–481
- Parsons T (1951) *The social system*. Routledge & Kegan, London
- Penn DL et al. (1997) Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin* 121:114–132
- Povinelli DJ, Preuss TM (1995) Theory of mind: evolutionary history of a cognitive specialization. *Trends Neurosci* 18:418–424
- Rössler W, Haker H (2003) Conceptualizing psychosocial interventions. *Current Opinion in Psychiatry* 16:709–712
- Rössler W, Lackus B (1986) Cognitive disorders in schizophrenics viewed from the attribution theory. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 235:382–387
- Schaap C et al. (1996) *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Wiley, New York
- Skinner BF (1953) *Science and human behavior*. Macmillan, New York
- Vauth R et al. (2001) Differentielle Kurz- und Langzeitwirkung eines »Trainings Emotionaler Intelligenz« und des »Integrierten Psychologischen Therapieprogramms« für schizophrene Patienten? *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 69:518–525
- Watson J (1924) *Behaviorism*. Norton, New York
- Watzlawick P, Weakland JH (1977) *The interactional view: studies at the MRI Paolo Alto, 1965–1974*. WW Norton, New York

## Die therapeutische Beziehung aus ethischer Sicht

*Johannes Fischer*

- 2.1 Die Beziehung zwischen Therapie und Ethik – 15
- 2.2 Die moralische Perspektive der Achtung – 25
- 2.3 Die ethische Dimension der therapeutischen Beziehung – 31
- Literatur – 35

- 2
- Bei Durchsicht der Literatur zu Fragen der Ethik in der Psychotherapie und Psychiatrie fällt auf, dass der Bezug dieser Disziplinen zur Ethik auf zwei ganz unterschiedliche Weisen hergestellt wird. Auf der einen Seite wird eine geradezu *intrinsische Beziehung* angenommen. Exemplarisch hierfür sind die Beiträge von Renate Hutterer-Krisch in dem von ihr herausgegebenen Sammelband »Fragen der Ethik in der Psychotherapie« (Hutterer-Krisch 1996). Ihnen liegt ein bestimmtes Verständnis von Ethik zugrunde, wonach Ethik es mit »Werten« zu tun hat, und da auch Therapiemethoden sich mit »Werten« in Verbindung bringen lassen, die für sie leitend sind (Hutterer-Krisch 1996a), scheint der Bezug zur Ethik unmittelbar gegeben zu sein. Folgt man dieser Auffassung, dann geht es in der Therapie nicht nur um die Beförderung des Patientenwohles, sondern ineins damit um die Verwirklichung moralischer Werte, und das Ethos des Therapeuten ist ein moralisches (Hutterer-Krisch 1996b, 19). Auf der anderen Seite konzentriert sich ein Großteil der Beiträge zum Themenkreis Psychotherapie und Ethik auf normative Fragen, bei denen es um die Wahrung bzw. Verletzung fundamentaler moralischer Prinzipien und Rechte geht. Das betrifft zum Beispiel den ganzen Komplex des Verhältnisses von Patientenautonomie und Paternalismus. Oder es betrifft die Frage von Übergriffen und von sexuellem Missbrauch in der therapeutischen Beziehung. Hier markieren Moral und Ethik *äußere Grenzen* therapeutischer Beziehungen und Handlungen, die durch diese respektiert und nicht verletzt werden sollen. Einerseits also wird die Beziehung zwischen Therapie und Ethik in Gestalt einer intrinsischen Beziehung aufgesucht, andererseits in Gestalt einer äußeren Begrenzung des einen durch das andere. Beide Auffassungen werfen Rückfragen auf. Bei der ersten fragt es sich, ob Therapie und Ethik hier nicht zu eng ineinander geschoben werden und ob es angemessen ist, den Therapeuten als moralischen Akteur zu begreifen. Bei der zweiten Auffassung bleibt unberücksichtigt, dass das therapeutische Geschehen nicht nur äußerlich durch Moral und Ethik begrenzt wird, sondern dass es selbst eine ethische Dimension hat, deren Erhellung für das Verständnis dessen, was darin geschieht, von erheblicher Bedeutung ist. Diese Beobachtungen lassen es angezeigt erscheinen, zunächst einige grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis von Therapie und Ethik bzw. Medizin und Ethik vorzuschicken. Dabei soll es darum gehen,

zweierlei zu verdeutlichen, nämlich erstens, dass und vor allem warum dieses Verhältnis kein intrinsisches ist, und zweitens, dass und warum die Medizin gleichwohl eine ethische Dimension hat, die über eine nur äußere Begrenzung durch moralische Rücksichten weit hinausreicht. Die Klärung dieser Fragen dürfte von nicht geringer Bedeutung sein für das Selbstverständnis des Therapeuten und des Arztes.

## 2.1 Die Beziehung zwischen Therapie und Ethik

---

Der Schlüssel zum Verständnis der spezifischen Beziehung zwischen Medizin und Ethik liegt in der Tatsache, dass die Medizin eine *praktische Disziplin* ist. Damit ist gemeint, dass sie ihren Charakter und ihre Einheit als Medizin von den Zielen her bezieht, denen sie dient. Dies gilt sowohl für die Medizin als Wissenschaft als auch für die Medizin als ärztliche Kunst. Wissenschaftliche Forschungen sind medizinische, wenn und insoweit sie dem Ziel der Prävention oder Therapierung von Krankheiten dienen. Abgesehen von diesen Zielen fallen sie in das Gebiet der jeweiligen theoretischen Wissenschaften (Chemie, Biologie, Soziologie usw.). Dasselbe gilt für die praktischen Tätigkeiten, in denen medizinisches Wissen und Können zur Anwendung kommt. Sie sind medizinische und der ärztlichen Kunst zuzurechnen, wenn und insoweit sie dem Wohl gesunder und kranker Menschen dienen, im Unterschied zur nichtmedizinischen Verwendung medizinischen Wissens z.B. in Gestalt der Folter. Die Klammer, die die Medizin als Wissenschaft und als ärztliche Kunst zusammenhält, wird dadurch gestiftet, dass das Ziel, auf das Letztere gerichtet ist, nämlich das Wohl gesunder und kranker Menschen, zugleich das oberste und letzte Ziel der Medizin insgesamt ist, dem also auch die medizinische Wissenschaft in letzter Instanz verpflichtet ist.

Das hat die wichtige Implikation, dass zur medizinischen Wissenschaft sämtliche Forschungen zu rechnen sind, die auf dieses oberste Ziel aller Medizin bezogen sind. Diesbezüglich ist nicht nur an die Erforschung somatischer und psychischer Krankheiten und an die Entwicklung entsprechender Therapien zu denken, sondern auch an die Erforschung der Bedingungen, unter denen sich die Ausübung

2  
der Medizin als ärztliche Kunst vollzieht. Das betrifft insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung, innerhalb deren der Begriff des »Wohles« des Patienten erst seine einzelfallbezogene Konkretion erfährt. Bezeichnet doch dieser Begriff einen subjektiven Sachverhalt, der mit individuellen Lebensauffassungen und Wertüberzeugungen zu tun hat und der, bei gegebener Diagnose und Prognose einer Krankheit, nur in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ausgemittelt werden kann. Wenn also das Wohl des kranken Menschen und auch des gesunden, insofern dieser krank werden kann, das letzte Ziel aller Medizin ist, dann muss die wissenschaftliche Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung als des Ortes der Bestimmung dieses Wohles als ein essentieller Bestandteil der Medizin betrachtet werden. Insofern hat die Medizin auch geisteswissenschaftliche Anteile.

Es scheint nun naheliegend zu sein anzunehmen, die Medizin habe allein schon aufgrund ihres praktischen Charakters einen intrinsischen Bezug zur Ethik. Ist die Sorge für das Wohl Kranker und Gesunder nicht etwas, das aus ethischer Sicht als »gut« zu beurteilen ist? Stellt es damit nicht einen moralischen »Wert« dar? Müssen folglich nicht auch Therapieziele wie »Freiheit«, »Autonomie« oder »Selbstverwirklichung« im Sinne moralischer Ziele oder Werte interpretiert werden? »Das Ziel der Psychotherapie, den Menschen von psychischen Einengungen zu befreien, ist an sich ein moralisches Ziel, das dem Psychotherapeuten ein hohes Maß an Verantwortung abverlangt. In diesem Sinne ist die Psychotherapie wie die Ethik eine Wissenschaft in praktischer Absicht und beruht auf einem moralischen Ethos« (Hutterer-Krisch 1996a, 19). So einleuchtend dies auf den ersten Blick zu sein scheint, so fragwürdig ist es doch bei genauerer Betrachtung. Gewiss ist die Befreiung von psychischen Einengungen ein moralisch positiv zu bewertendes Ziel. Doch der Ausdruck »moralisches Ziel« legt das Missverständnis nahe, dass die Psychotherapie moralische Absichten verfolgt und moralische Zielsetzungen zu verwirklichen sucht. Ersichtlich ist es etwas Anderes, moralisch wünschenswerte Ziele zu verfolgen oder moralische Ziele zu verfolgen. Die moralisch begrüßenswerte Intention, einem Patienten zu mehr Autonomie zu verhelfen, ist nicht dasselbe wie die moralische Intention, Gutes zu tun. Würden

der Charakter und die Einheit der Medizin von moralischen Zielen abgeleitet, dann würde dies bedeuten, dass medizinische Forschungen oder ärztliche Handlungen nur dann als medizinische gelten könnten, wenn sie mit moralischen Intentionen verbunden wären. Sie mögen wissenschaftlich korrekt und medizinisch fachgerecht sein, dem Ziel der Gesundheit und Bekämpfung von Krankheit dienen und am individuellen Wohl des Patienten orientiert sein – all das würde nicht zureichen, sie als medizinische zu qualifizieren, wenn sie nicht auch noch eine moralische Zielsetzung verfolgten in Gestalt der Verwirklichung moralischer Werte.

Es ist daher ein Fragezeichen auch hinter die Feststellung zu setzen, dass die Psychotherapie auf einem moralischen Ethos beruht. Gewiss hat jeder Psychotherapeut bestimmte moralische Überzeugungen und Werthaltungen, und sie haben Einfluss darauf, wie er seinen Beruf versteht und welche Therapiemethoden er favorisiert. Und dennoch ist zu unterscheiden zwischen seiner moralischen Einstellung, die ihn zum Beispiel in der Befreiung von psychischen Einengungen etwas moralisch Wünschens- und Erstrebenswertes sehen lässt, und dem professionellen Ethos der Psychotherapie, das sich auf die Tugenden und Regeln bezieht, die der Therapeut in Ausübung seines Berufes und bei der Anwendung der von ihm favorisierten Therapiemethoden zu beachten hat. Der Unterschied lässt sich an der Rede von einem »guten Therapeuten« verdeutlichen, mit der in aller Regel ja nicht ein im moralischen Sinne guter Mensch, sondern vielmehr ein Therapeut gemeint ist, der seinen Beruf gut ausübt, wozu die Beachtung entsprechender professioneller Regeln und Tugenden gehört.

Es gibt also gute Gründe, eine Auffassung zurückzuweisen, die man als »medizinethischen Essentialismus« bezeichnen kann, wonach die Orientierung an moralischen Zielen oder Werten zum Wesen der Medizin gehört. Zwar ist das Bild von der Medizin als einer »ethisch« orientierten Disziplin weithin verbreitet, und dieses Bild ist auch innerhalb des medizinischen Berufsstandes anzutreffen. Mediziner stehen hiernach unmittelbar im Dienste des Guten. Wie angedeutet, trägt zu diesem Bild nicht unwesentlich die Tatsache bei, dass die Medizin auf »Werte« bezogen zu sein scheint wie Gesundheit,

2  
Autonomie oder Selbstverwirklichung, und wo es um Werte geht, da geht es nach einer verbreiteten Auffassung um Ethik. Doch erstens ist er Wertbegriff keineswegs auf die Ethik beschränkt, sondern er umfasst auch nichtmoralische Werte, und zweitens handelt es sich bei diesen vermeintlichen »Werten« in Wahrheit um *Ziele*, an denen die Medizin als praktische Disziplin ausgerichtet ist. In Ausübung seines Berufes verfolgt der Arzt das Ziel der Gesundheit nicht deshalb, weil es moralisch wertvoll sind, sondern weil es Ziel der Medizin ist, in deren Dienst er sich gestellt hat.

Im Übrigen entspricht das Bild von der Medizin als einer irgendwie »ethisch« imprägnierten Disziplin ersichtlich nicht den Realitäten, und so manche Kritik an dem medizinischen Berufsstand mag aus einer enttäuschten Erwartung resultieren, die durch dieses Bild geweckt wird. Tatsache ist, dass im medizinischen Alltag neben moralischen Motiven, die es sicherlich auch gibt, ganz andere Motive wie finanzielle Anreize oder die Aussicht auf Reputation oder Karriere eine Rolle spielen. Die Einschätzung der Professionalität des Mediziners ist von diesen seinen subjektiven Motiven in der Regel gänzlich unabhängig. Ob jemand ein guter Chirurg ist, hängt nicht von seiner moralischen Einstellung ab, sondern davon, ob er sein chirurgisches Handwerk versteht. Das schließt freilich nicht aus, dass wir dem, was er als Chirurg tut, dennoch einen moralischen Wert beimessen. Indem er durch sein chirurgisches Können das Leben von Menschen rettet, tut er etwas, das wir in moralischer Hinsicht als gut und wünschenswert erachten. Diese Entkoppelung des »objektiven« moralischen Wertes, den wir einer Tätigkeit zuerkennen, von den »subjektiven«, nichtmoralischen Motiven ist etwas für die moderne, arbeitsteilige Gesellschaft Charakteristisches. In vielen Bereichen lässt sich das, was unter moralischen Gesichtspunkten wünschenswert ist, nur durch nichtmoralische Anreize wie Geld oder Reputation effizient auf den Weg bringen. Das ist im Bereich der Umwelt so, und das ist im Bereich der Medizin nicht anders.

Das bedeutet nun allerdings nicht, dass das ärztliche Handeln gänzlich von moralischen Rücksichten entlastet ist. So wichtig es gegenüber der essentialistischen Verknüpfung von Medizin und Ethik

ist, auf einer klaren Trennung beider Disziplinen zu insistieren, so sehr ist nun doch auch die Beziehung zwischen beiden Disziplinen zu betonen. Selbstverständlich können medizinische Entscheidungen und Handlungen unter moralischen Gesichtspunkten angefragt und bewertet werden. Auch wenn wir einem Arzt die Motive seines Handelns freistellen und ihm nichtmoralische Beweggründe zugestehen, erwarten wir doch von ihm, dass er in Ausübung seines Berufes geltende moralische Standards einhält und sich darüber hinaus mit den ethischen Fragen auseinandersetzt, mit denen er durch seine Tätigkeit konfrontiert wird. Es geht hier um eine Unterscheidung, die für die Moraltheorie von fundamentaler Bedeutung ist, nämlich um die Unterscheidung von »begründen durch« und »rechtfertigen vor«. Wir erwarten von einem Arzt in der Regel nicht, dass sein Handeln moralisch begründet und motiviert ist, aber wir erwarten von ihm – was immer seine Gründe und Motive sein mögen –, dass er sein Handeln jederzeit vor arztethischen Standards rechtfertigen kann. Einerseits liegt darin eine Entlastung des ärztlichen Handelns von moralischer Überforderung, was seine unmittelbaren Motive betrifft, andererseits bleibt es damit auf moralische Standards und ethische Reflexionsanforderungen verpflichtet und muss sich in dieser Hinsicht ausweisen können.

Zusammenfassend lässt sich die Unterscheidung und Beziehung zwischen Medizin und Ethik folgendermaßen auf den Begriff bringen. Insofern die Medizin eine praktische Disziplin ist, bestimmt sich das, was Medizin ist, was zur Medizin gehört oder was als »medizinisch« zu qualifizieren ist, von dem Ziel bzw. den Zielen der Medizin her. Das bedeutet, dass im Bereich der Medizin alles eine *funktionale* Bedeutung hat als Mittel zur Erreichung dieser Ziele. Das betrifft die medizinische Forschung ebenso wie das ärztliche Können, das Patientengespräch ebenso wie die Untersuchung, Diagnosestellung und Therapie. Es betrifft schließlich auch die Prinzipien und Regeln, die für das ärztliche Handeln im Interesse dieser Ziele gelten, sowie die Haltungen bzw. Tugenden – z. B. Empathie, wohlwollende Geduld, usw. –, die der Arzt dem Patienten entgegenbringt. *Es ist dieser funktionale Charakter, der die professionellen ärztlichen Regeln und Tugenden*

2

*von moralischen Normen und Tugenden unterscheidet.* Der Arzt orientiert sich an ihnen nicht deshalb, weil sie in einem moralischen Sinne gut sind, sondern deshalb, weil sie den Zielen dienlich sind, auf die ihn sein Beruf verpflichtet. Es ist in diesem Zusammenhang sogar zu fragen, ob nicht auch die Prinzipien der Fürsorge, der Schadensvermeidung und der Respektierung der Patientenautonomie, die gemeinhin als fundamentale Prinzipien der Medizinethik betrachtet werden (Beauchamp/Childress 1979), im Kontext der ärztlichen Praxis in diesem funktionalen Sinne als ärztliche Berufsregeln aufzufassen sind. Auch hier dürfte gelten, dass der Arzt sich in Ausübung seines Berufes nicht deshalb an ihnen orientiert, weil sie moralisch geboten sind, sondern weil sie das, was das Ziel seiner Tätigkeit ist, nämlich das Wohl des Patienten, in verbindliche Verhaltensanweisungen übersetzen.

Die Schnittstelle zwischen Medizin und Ethik wird durch die Tatsache markiert, dass die Medizin es mit *Personen* zu tun hat. *In der Anerkennung und Achtung des Patienten als Person hat die funktionale Perspektive der Medizin ihre Grenze.* Denn eine Person kann nur um ihrer selbst willen geachtet werden und nicht um der Verwirklichung eines bestimmten Zieles willen, und sei dieses ihr eigenes Wohl. Die Achtung der Person des Patienten ist m.a.W. nicht medizinisch indiziert, sondern ein der Medizin vorgegebenes moralisches Gebot. Hier liegt das Feld der Medizinethik. Sie reflektiert das, was in der Medizin und insbesondere in der Beziehung zwischen Arzt und Patient geschieht, im Hinblick darauf, dass es sich dabei um ein Geschehen zwischen Personen handelt, welches bestimmte moralische Implikationen hat. Sie bringt damit einen Gesichtspunkt zur Geltung, der nicht zuletzt für die Medizin selbst von erheblicher Bedeutung ist. Denn die vorbehaltlose Achtung der Person des Patienten und die Beachtung der damit verbundenen moralischen Pflichten bildet die entscheidende Vertrauensgrundlage der Arzt-Patienten-Beziehung. Und sie ist zugleich ein Gegengewicht zum funktionalen Charakter der Medizin selbst, der ja auf Seiten des Patienten zu der Verunsicherung führen kann, ob und inwieweit er um seiner selbst willen Beachtung findet oder nur im Hinblick auf bestimmte Behandlungsziele, die medizini-

sche Spezialisten mit ihm verfolgen. Dass im funktionalen Charakter der Medizin die Gefahr einer derartigen Funktionalisierung des Patienten liegen kann – z.B. bei der Erprobung neuer Medikamente und Therapien –, wird man schwerlich bestreiten können. So wichtig es ist, dass der Arzt sich zu seiner funktionalen Rolle und Aufgabe bekennt, so wichtig ist es, dass diese ihr Korrektiv in der Achtung des Patienten hat. Dieser Punkt ist nicht zuletzt im Hinblick auf die therapeutische Beziehung von Bedeutung. Denn auch diese ist ihrem Wesen nach eine funktionale, auf bestimmte Ziele gerichtete Beziehung.

Nicht also die Tatsache, dass die Medizin es mit Zielen oder »Werten« zu tun hat, sondern die Tatsache, dass sie es mit menschlichen Personen zu tun hat, begründet den Zusammenhang von Medizin und Ethik. Die Ethik nimmt dabei eine nicht-funktionale Perspektive auf das medizinische Geschehen ein, in welcher das, was innerhalb der Eigenperspektive der Medizin unter funktionalem Gesichtspunkt reflektiert wird, auf seinen moralischen Sinn und seine moralische Akzeptabilität hin befragt wird. Beide Perspektiven sollten klar unterschieden und auseinandergehalten werden. Wir können die Prinzipien der Fürsorge, der Schadensvermeidung und der Respektierung der Patientenautonomie als Regeln des ärztlichen Berufes betrachten, und wir können andererseits über ihren moralischen Sinn und ihre moralische Begründung nachdenken. Die Ablehnung und Verurteilung sexueller Übergriffe im Rahmen therapeutischer Beziehungen kann aus rein therapeutischen Erwägungen heraus erfolgen, oder sie kann moralisch fundiert sein in dem Urteil, dass es sich hierbei um die Verletzung der Integrität einer abhängigen Person handelt. Oftmals ist es freilich nicht ohne Weiteres klar, in welcher der beiden Perspektiven man sich bewegt. Wenn zum Beispiel darüber nachgedacht wird, wie im Hinblick auf eine bestimmte Entscheidungssituation die Prinzipien der Fürsorge und der Schadensvermeidung auszutarieren sind, dann kann sich dies im Rahmen der beruflichen Sorgfaltspflicht des Arztes vollziehen, und es kann eine moralische Überlegung sein. Viele der Fragen, die in lokalen Ethikkommissionen in Spitälern verhandelt werden, dürften von dieser Art sein und auf der Grenze zwischen professioneller und moralischer Perspektive liegen.

2

Erhebliche Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Einsicht zu, dass keine der beiden Perspektiven die andere ersetzen oder überflüssig machen kann. Insbesondere kann die therapeutische Perspektive nicht die moralische ersetzen. Zwar ist die Psychotherapie unter anderem gegen krankmachende moralische Zwänge und Wertvorstellungen angetreten, und insofern ist ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen Psychotherapie einerseits und Moral und Ethik andererseits nicht zu übersehen (Hutterer-Krisch 1996a, 17f.). Doch wollte man die moralische Perspektive ganz durch die therapeutische ersetzen, dann würde damit das moralische Korrektiv der Achtung außer Kraft gesetzt. Die Vorstellung, die Therapie bewege sich in einem moralfreien Raum und alles in ihr habe nur funktionalen Charakter im Hinblick auf den therapeutischen Prozess, kann die Gefahr in sich bergen, dass Grenzen nicht mehr gesehen und verletzt werden, die durch die Achtung der Person des Patienten auferlegt werden. So gesehen wirft die Tatsache von Übergriffen in therapeutischen Beziehungen nicht nur die Frage nach individuellem Versagen auf, sondern auch die grundsätzlichere Frage nach dem (Selbst-)Verständnis der Therapie und nach der Bedeutung, welche die moralische Perspektive der Achtung in ihr spielt.

Angesichts der hier möglichen Grenzverschiebungen und Unklarheiten muss darauf insistiert werden, dass zum Ethos des Arztes und Therapeuten eine unverzichtbare moralische Komponente gehört. Wohlgermerkt, es handelt sich um eine *Komponente*. Das Ethos des Arztes ist nicht durch und durch moralisch qualifiziert, sondern wesentlich funktional durch die Ziele seines Berufes bestimmt. Und dennoch ist eine moralische Bindung für es konstitutiv und unverzichtbar. Diese Feststellung steht nicht im Widerspruch zu früheren Aussagen, die sich gegen die These richteten, dass die Medizin als *praktische Disziplin* auf einem moralischen Ethos beruht oder in einem solchen Ethos fundiert ist. Es handelt sich bei der moralischen Komponente des ärztlichen Ethos nicht um moralische Ziele, die der Arzt in Ausübung seiner Tätigkeit zu verfolgen hätte, oder um eine besondere moralische Motivation, die er für seinen Beruf mitbringen müsste. Vielmehr resultiert ganz unabhängig von der beruflichen und

persönlichen Motivation des Arztes die moralische Komponente des ärztlichen Ethos aus der schlichten Tatsache, dass der Arzt der Person des Patienten verpflichtet ist, und sie besteht in einer Grundhaltung der Achtung, welche der Arzt dem Patienten jenseits therapeutischer Zielsetzungen und Rücksichten schuldet. Alles, was hier in ethischer Hinsicht zu sagen ist, hat sich an diesem Grunddatum zu orientieren.

Nun wurde einleitend bereits erwähnt, dass die Medizinethik zu weiten Teilen von einer normativen Perspektive beherrscht wird, bei der es darum geht, unter Zugrundelegung entsprechender moralischer Kriterien medizinische Entscheidungen, Handlungen oder Verhaltensweisen als richtig, akzeptabel oder falsch, geboten, verboten oder erlaubt zu beurteilen. Die Moral fungiert hier gleichsam als eine *von außen* kommende Instanz zur normativen Kanalisierung medizinischer Entscheidungen und Handlungen. In der Perspektive dieser Auffassung liegt es nahe, die ethischen Probleme der therapeutischen Beziehung vor allem in moralischen Normverletzungen aufzusuchen. Doch läuft dies auf ein sehr verkürztes Verständnis der Beziehung zwischen Medizin und Ethik hinaus. Der *sittliche Sinn* der Medizin selbst als einer institutionalisierten Praxis und dessen, was sie im positiven Sinne leistet, bleibt bei dieser Betrachtungsweise außerhalb des Blickfelds. Hier eröffnet nun die oben getroffene Unterscheidung zwischen den Perspektiven von Medizin und Ethik einen weiteren Horizont. Dieser lässt sich so umschreiben, dass die Medizinethik die Aufgabe hat, dasjenige, was innerhalb der Medizin in funktionaler Hinsicht reflektiert wird – die therapeutische Beziehung; ärztliche Regeln und Tugenden; Therapieansätze, -ziele und -methoden usw. –, auf seinen nichtfunktionalen sittlichen bzw. moralischen Sinn hin durchsichtig zu machen und damit die Medizin in einen umfassenderen Sinnhorizont zu stellen.

Nach dem bisher Ausgeführten liegt der Schlüssel hierzu im Verständnis des Patienten als *Person*. Die Medizinethik muss dabei in Anbetracht der spezifischen Aufgabe der Medizin einen Aspekt akzentuieren, der von der modernen, am Autonomiegedanken orientierten Ethik weitgehend vernachlässigt worden ist, und das ist *die fundamentale Abhängigkeit und Angewiesenheit personaler Existenz*.

2

Noch die selbstbestimmteste Person ist auf die Anerkennung und Achtung anderer Personen angewiesen und in diesem Sinne abhängig. Erst recht besteht solche Abhängigkeit dort, wo die Fähigkeit zur Autonomie erst noch erworben werden muss. Und schließlich ist sie in besonderem Maße da gegeben, wo Personen in ihrer körperlichen und psychischen Verfassung Beschränkungen unterworfen und auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Um dieser Seite personaler Existenz gerecht zu werden, bedarf es der Ausbildung entsprechender Einstellungen und Tugenden (vgl. MacIntyre 2001). Auch dabei geht es wesentlich um *Achtung*, nämlich um die Achtung einer anderen Person gerade in ihrer Angewiesenheit und Abhängigkeit. Ohne solche Achtung und die Ausbildung entsprechender Einstellungen und Tugenden kann menschliches Zusammenleben nicht gedeihen, eben weil es in vielfältiger Weise auf Angewiesenheiten und Abhängigkeiten beruht.

Dies ist der Horizont, innerhalb dessen der sittliche Sinn der Medizin als institutionalisierter Praxis ins Blickfeld tritt. Die Medizin nimmt eine Aufgabe wahr, die durch die Grundverfassung personaler Existenz gestellt ist, und sie ist mit ihrer bloßen Existenz Ausdruck der Achtung, die eine Gesellschaft dem angewiesenen und abhängigen Menschen entgegenbringt. Mögen in ihrer eigenen Perspektive Einstellungen und Tugenden – wie etwa die validierende Grundhaltung eines Therapeuten – einen rein funktionalen Sinn im Hinblick auf verfolgte therapeutische Ziele haben: In dem umfassenderen Horizont der ethischen Reflexion auf die Grundverfassung personaler Existenz und die Bedingungen menschlichen Zusammenlebens kommt ihnen ein elementarer sittlicher Sinn zu. Die Vergewisserung dieses Sinnes ist nicht zuletzt für die Medizin selbst von erheblicher Bedeutung, nämlich im Hinblick auf die Ziele, von denen her sie sich als praktische Disziplin definiert. Solange man sich innerhalb einer rein funktionalen Betrachtungsweise bewegt, ist es letztlich gleichgültig, welche Ziele den jeweiligen Bezugspunkt bilden, und so verfügt die Medizin diesbezüglich über keine eigenen Kriterien und steht daher in Gefahr, aufgrund ausufernder gesellschaftlicher Erwartungen für beliebige Ziele funktionalisiert zu werden. In dieser Situation ist es eine Grund-

frage, ob sie sich zu einem letztlich ethisch fundierten Kernbestand von Zielen verstehen will, von denen her sie ihre Aufgabe definiert und welche darüber entscheiden, was genuin zur Medizin gehört und was nicht. Das bedeutet, wie gesagt, nicht, dass die Medizin ethische Zielsetzungen verfolgt, sondern vielmehr, dass sie Ziele verfolgt, die unter einem ethischen, d.h. vor- oder außermedizinischen Blickwinkel vorzugswürdig sind.

## 2.2 Die moralische Perspektive der Achtung

---

Was heißt es, die Person eines anderen Menschen zu achten? Es ist nach den vorausgehenden Überlegungen diese Frage, welche die Medizin mit der Ethik verknüpft. Ihr kommt besonderes Gewicht im Blick auf die therapeutische Beziehung zu, weil hier in besonderer Weise das Moment der Abhängigkeit und Einschränkung von Autonomie eine Rolle spielt. Um die Frage beantworten zu können, bedarf es einer näheren Betrachtung dessen, was eine Person ist.

Bekanntlich hat der Begriff der Person über die christliche Theologie Eingang gefunden in unser kulturelles Bewusstsein. Die antike Philosophie und Ethik kannte keinen entsprechenden Begriff. Es ist hier nicht der Ort, auf die theologischen Zusammenhänge einzugehen, die zur Ausbildung des Personbegriffs geführt haben (Spaemann 1996). Hier interessiert nur das Resultat. Hiernach bezeichnet der Personbegriff erstens eine Relation. Person ist jemand nur in Relation zu anderen Personen. Die Frage, ob ein anderer – z.B. koma-töser – Mensch eine Person ist, lässt sich daher in dieser Form gar nicht stellen. Recht begriffen kann nur gefragt werden, ob wir zu einem anderen Wesen in einer Person-Beziehung stehen. Das bedeutet im Hinblick auf die Achtung eines anderen Menschen als Person, dass wir hier genaue-genommen eine bestimmte Beziehung achten, in der wir zu ihm stehen. Wir können zu anderen Menschen in vielfältigen Beziehungen stehen, als Eltern, Lebensgefährte, Freunde oder Therapeuten, welche uns je auf ihre Weise beanspruchen. Die Person-Beziehung ist keine weitere Beziehung dieser Art neben Elternschaft, Freundschaft usw., sondern sie ist eine Beziehung, in der wir in allen diesen Beziehungen stehen,

und es hängt für das Gelingen dieser Beziehungen Entscheidendes davon ab, dass wir in ihnen die Person des Anderen achten.

Zweitens ist der Personbegriff durch eine bestimmte Differenz charakterisiert, nämlich zwischen der Person als einem unverwechselbaren Individuum und ihrer »Natur« – wie die theologische Tradition es genannt hat –, d.h. ihrem Leib und ihrer Psyche. Die Person ist nicht identisch mit dieser ihrer Natur, die in Eigenschaften wie Haarfarbe, Körpergröße oder Charaktermerkmalen beschreibbar ist, sondern sie »hat« diese Natur als das Medium ihres In-Erscheinung-Tretens, und sie muss sich in bewusstem Zustand zu ihr verhalten. Während ihre Natur unter allgemeine Beschreibungen subsumierbar und in diesem Sinne ein »Fall von etwas« ist wie z. B. Darmkrebs (Leib) oder Schizophrenie (Psyche), ist die Person als Individuum dies nicht. Einen anderen Menschen als Person achten heißt hiernach, ihn in seiner unverwechselbaren Identität, aber auch in seiner leiblichen und psychischen Konstitution und Bedingtheit achten mitsamt allem, was dies an Angewiesenheit und Abhängigkeit bedeutet.

Es sei hier nur angemerkt, dass in der heutigen Bioethik auch ein anderer nicht-relationaler Personbegriff begegnet. Diesem zufolge ist Personsein an die Bedingung von Bewusstsein und insbesondere Zeitbewusstsein geknüpft. An diesem Personbegriff entzündet sich die Debatte, ob auch dementen oder bewusstlosen Menschen der Status von Personen zuzuerkennen ist. Für unseren Zusammenhang kommt es auf die Einsicht an, dass die Medizin eine klare Affinität zu dem zuerst genannten Personverständnis mit seiner Differenzierung zwischen der Person und ihrer Natur hat. Man kann sich dies an den Regeln verdeutlichen, die für das ärztliche Handeln gelten. Jene Differenz findet ihre Entsprechung in der Unterscheidung zweier Arten von Regeln: solchen, die die leib-psychische Natur des Patienten betreffen, d.h. den Regeln der ärztlichen Kunst; und solchen, die die Person des Patienten betreffen, d.h. medizinethischen Richtlinien, ärztlichen Standesregeln und entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen. Beide Arten von Regeln haben unterschiedlichen Status, wie man sich anhand der erwähnten Unterscheidung zwischen »begründen durch« und »rechtfertigen vor« verdeutlichen kann. Ärztliche Kunst-

regeln begründen ärztliches Handeln: Wenn der und der Zustand des Patienten gegeben ist, dann ist das und das medizinische Handeln – diagnostisch, therapeutisch, palliativ usw. – angezeigt. Der Patient wird hier hinsichtlich seiner »Natur« den betreffenden Regeln subsumiert und zum »Fall von etwas«. Wo es hingegen um die Person des Patienten geht, da ist es ihrer Achtung als unverwechselbares Individuum geschuldet, dass sie gerade nicht als »Fall von etwas« behandelt werden darf. Das bedeutet nicht einen regelfreien Zustand, ganz im Gegenteil. Es bedeutet vielmehr, dass das ärztliche Handeln hier nicht in den entsprechenden Regeln begründet ist, sondern dass es jederzeit vor ihnen muss gerechtfertigt werden können. Dies eröffnet dem ärztlichen Handeln den notwendigen Freiraum, den es braucht, um sich an der unter keine Regeln zu subsumierenden, schlechthin individuellen Person des Patienten, seiner Biographie und Lebensperspektive, orientieren zu können.

Gerade das ärztliche Handeln ist damit ein Beleg für die praktische Evidenz des hier in Rede stehenden Person-Begriffs. Das, was die Person in ihrer unverwechselbaren Individualität und in ihrer Differenz und Einheit mit ihrer Natur ausmacht, findet seine Widerspiegelung in der Unterschiedlichkeit der Regeln, die für das ärztliche Handeln gelten, sowie in diesem notwendigem Freiraum. Ethische Argumentationen haben ihre größte Überzeugungskraft immer dann, wenn sie lediglich etwas ins Bewusstsein heben, das in der Praxis immer schon handlungsleitend ist, ohne doch begrifflich bewusst zu sein. In diesem Sinne kommt dem Personbegriff eine Schlüsselstellung für die Medizinethik zu.

Wir sagten, dass der Personbegriff eine Beziehung bezeichnet und dass wir dementsprechend in der Person eines anderen Menschen eine Beziehung achten, in der wir zu ihm stehen. *Wer* er als Person ist, kann sich nur darin zeigen, wie er in dieser Beziehung in Erscheinung tritt. Offenbar hat das, was man als »Würde« einer Person bezeichnet, mit diesem Sachverhalt zu tun. Nach Kant hat der Mensch Würde, insofern er Zweck an sich selbst und nicht bloß Mittel ist. Wo immer etwas als Mittel gebraucht wird, da wird ihm von außen eine Bestimmung gegeben im Hinblick auf einen Zweck, der durch es erreicht

werden soll. Innerhalb jener Beziehung, die durch den Personbegriff bezeichnet wird, erlangt hingegen der Andere Bestimmtheit für uns als die Person, die er ist, dadurch, dass er selbst sich uns bestimmt, weshalb wir ihn im Zweifelsfall fragen müssen, was er will, was er tut, wie er etwas erlebt, was er fühlt, wie ein bestimmtes Verhalten zu verstehen, eine bestimmte Äußerung gemeint ist usw. Das bedeutet, dass er in dieser Perspektive nicht fremder Bestimmung unterliegt in dem Sinne, dass ein Anderer dies alles an seiner Stelle über ihn verfügen könnte. Vielmehr kann er sich uns nur selbst enthüllen. Die Achtung einer anderen Person und ihrer Würde hat ihren Kern in der Achtung dieser ihrer Selbstbestimmung, und zwar in dem umfassenden Sinne der Selbstbestimmung nicht nur darüber, was sie will oder was man mit ihr machen darf, sondern darüber, *wer sie ist*.

Man kann diesen Sachverhalt in folgenden Satz fassen: Eine Person im hier in Rede stehenden Sinn ist dadurch charakterisiert, dass sie, *wenn* sie als die, die sie ist, Bestimmtheit für uns erlangt, diese nur von sich selbst her, d. h. über ihre Selbstpräsentation in Kommunikation mit uns erlangen kann. Formuliert man es in dieser hypothetischen Form, dann lassen sich darunter auch jene Fälle fassen, die in der heutigen Bioethik kontrovers diskutiert werden wie Menschen in demenztem oder bewusstlosem Zustand. Sie als Personen wahrnehmen heißt, auch für sie zu unterstellen, dass sie, *wenn* sie es könnten, sich uns nur selbst bestimmen könnten als die Personen, die sie sind. Selbst wenn dies nie eingelöst werden kann, weil die Voraussetzungen dafür von Geburt an fehlen, entzieht diese Unterstellung jene Menschen der Möglichkeit, dass sie nur fremder Bestimmung unterworfen werden. Und zugleich wahrt diese Unterstellung jene Differenz, die für das Personsein konstitutiv ist: dass auch sie nicht die Natur *sind*, die wir von außen an ihnen in Gestalt ihres Körpers feststellen können, sondern dass sie sich von dieser Natur unterscheiden und etwas anderes sind als diese – auch wenn wir es nicht kennen und nicht wissen, wie es ist, eine solche Person zu sein.

Im Blick auf die therapeutische Situation ist es nun eine wichtige Frage, in welcher Beziehung Personsein einerseits und Autonomie und Freiheit andererseits stehen. Hierüber gehen die Auffassungen

auseinander. So war Thomas von Aquin, der Entscheidendes zur Präzisierung des Personbegriffs beigetragen hat, der Meinung, dass eine Person wesentlich dadurch charakterisiert ist, dass sie selbst ihr Handeln steuert und nicht durch anderes gesteuert wird. In der Tat legt sich diese Auffassung nahe, wenn man in Rechnung stellt, dass die Relation, die der Personbegriff bezeichnet, sich in ausgezeichneter Weise in der Verständigung zwischen Personen manifestiert, in der ein »Ich« einem »Du« gegenüber steht. Wo immer wir uns mit einer anderen Person verständigen, ist dies mit der Unterstellung verbunden, dass sie der selbstbestimmte Urheber dessen ist, was sie sagt, denkt, tut oder wie sie sich verhält. Dies zeigt sich daran, dass wir sie nach *Gründen* für ihr Handeln fragen, statt nach *Erklärungen* für ihr Verhalten zu suchen. Denn Urheberschaft manifestiert sich darin, dass jemand sein Handeln und Verhalten hinreichend aus nachvollziehbaren Gründen verständlich machen kann, so dass wir nicht gleichsam hinter ihn zurückgehen und nach verhaltensbestimmenden Ursachen suchen müssen. Offenbar ist es diese Verknüpfung mit der Grundsituation der Verständigung, welche den Gedanken nahe legt, dass Personsein mit Autonomie und Freiheit einher geht. Doch muss man sich hier vergegenwärtigen, dass die Unterstellung von Urheberschaft und Autonomie schon im Normalfall von Verständigung, bei Abwesenheit offensichtlicher psychischer Störungen, eine Idealisierung ist und kontrafaktischen Status hat. Niemand ist vollkommen selbstbestimmt und autonom, und so sehen wir uns ständig Situationen ausgesetzt, in denen statt nach Gründen nunmehr nach Erklärungen gefragt werden kann. Offensichtlich hebt dies den Personstatus nicht auf. Denn auch wenn das Verhalten eines anderen Menschen unverständlich und irrational ist, hört dieser doch nicht auf, als »Du« das Gegenüber in einer Relation zu sein, in die wir selbst als »Ich« involviert sind.

Mit diesen Charakterisierungen wird nun auch deutlich, dass und inwiefern Personsein Angewiesenheit und Abhängigkeit bedeutet. Das beginnt damit, dass ein Mensch Person ist nur in der Beziehung zu anderen Personen, die ihn anerkennen und von denen er seinen Namen empfangen hat. Es setzt sich fort darin, dass er ein Selbst nur entwickeln kann, indem er es in der Kommunikation mit anderen arti-

2  
kulieren lernt. Und schließlich ist er auch im Blick auf die Entwicklung von Autonomie und Freiheit auf die Begleitung und Unterstützung Anderer angewiesen.

Was diesen letzten Punkt betrifft, so ist zu fragen, ob wir nicht die Betrachtungsweise überdenken sollten, die in der Medizinethik im Hinblick auf die Autonomie- und Kompetenzproblematik vorherrschend ist. In normativer Perspektive geht es hier vor allem darum, den jeweiligen Grad der Kompetenz und Autonomiefähigkeit möglichst genau zu bestimmen, von dem abhängt, inwieweit der Selbstbestimmung des Patienten Rechnung zu tragen ist oder aber eine paternalistische Haltung gerechtfertigt oder gar geboten ist. Diese Betrachtungsweise hat gewiss ihr Recht. Es geht ihr vor allem darum, etwas zu *vermeiden*, nämlich dass der Patient in unzulässiger, seine Autonomiefähigkeit missachtender Weise bevormundet wird. Demgegenüber könnte eine andere Betrachtungsweise darin bestehen, in Analogie zum Konzept der Salutogenese eine jede, also auch die »gesunde« Person irgendwo angesiedelt zu sehen zwischen den Polen vollständiger Autonomie bzw. Kompetenz und vollständiger Nicht-Autonomie und Inkompetenz. Wie erwähnt, ist Autonomie ja auch im Normalfall eine weithin kontrafaktische Unterstellung. Bei dieser Betrachtungsweise wäre das Ziel ein positives, nämlich dem Anderen dabei zu helfen, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten so weit als möglich dem Pol der Autonomie und Kompetenz anzunähern. Dies entspricht einer eher tugendethischen Perspektive und bedingt die Entwicklung von Einstellungen und Haltungen, die diesem Ziel förderlich sind. Da wir alle in Bezug auf unsere Freiheit und Autonomie auf Andere angewiesen sind, können wir uns nur wechselseitig in unserer Freiheit fördern, indem jeder von der Freiheit, die er hat, in einer Weise Gebrauch macht, die der Freiheit des Anderen, welche vielleicht größeren Einschränkungen und Handicaps ausgesetzt ist, zugute kommt. Man kann hierin den ethischen Sinn der therapeutischen Beziehung erblicken.

Einen anderen Menschen als Person zu achten heißt nach alledem gerade nicht, lediglich seine Selbstbestimmung und Autonomie zu achten. Es heißt vielmehr, ihn zu achten als jemanden, der auf die Anerkennung anderer angewiesen ist, der nur in der Kommunikation

mit anderen ein Selbst entwickeln kann, der Anspruch hat auf Respektierung seiner Autonomie, aber der in dieser auch eingeschränkt sein kann und dann Unterstützung braucht und der körperlichen und seelischen Gebrechen und Leiden ausgesetzt sein kann, bei denen er auf die Hilfe Anderer angewiesen ist. Für die Medizinethik bedeutet dies, dass der Bezugspunkt nicht der autonome und kompetente Patient ist, von dem aus gesehen die Fälle eingeschränkter Autonomie und Kompetenz Abweichungen vom Normalfall sind, die dann gesonderter ethischer Behandlung bedürfen, sondern dass der Bezugspunkt der angewiesene Mensch ist, der viele Facetten hat und der sich irgendwo zwischen den Polen von Selbstbestimmung und völliger Abhängigkeit bewegt.

### 2.3 Die ethische Dimension der therapeutischen Beziehung

---

Die therapeutische Beziehung ist dadurch charakterisiert, dass sie es dem Patienten ermöglicht, neue Beziehungserfahrungen zu machen und frühere Beziehungserfahrungen über den Mechanismus der Projektion zu reaktivieren und zu verarbeiten. Nach dem Gesagten vollzieht sie sich auf zwei Ebenen zugleich: der Ebene der affektiven Beziehungen, die in ihr aktiviert werden, und der Ebene der Personbeziehung zwischen Therapeut und Patient, welche gleichsam den Rahmen bildet, innerhalb dessen sich der therapeutische Prozess vollzieht und über den dieser in einen übergreifenden Kontext moralischer Rücksichten eingebettet ist, der im Gebot der Achtung zusammengefasst ist.

Um den Unterschied zwischen beiden Beziehungsebenen zu illustrieren, mag die Erinnerung an eine alte, aus dem Mittelalter stammende Definition der Medizin nützlich sein. Danach ist die Medizin einerseits *ars iatrike*, d. h. ärztliche Kunst, andererseits *ars agapatike*, d. h. Kunst liebender Zuwendung. Das Wort ›Liebe‹ meint dabei nicht ein Gefühl, sondern eine – wie man es damals auf christlichem Hintergrund verstanden hat – »geistliche« Tugend. Während das Gefühl der Liebe sich auf einen bestimmten Menschen bezieht, der geliebt

2 wird, bezieht sich der Geist der Liebe auf den Nächsten im anderen Menschen, und dieser kann in vielen Menschen begegnen. Damit hängt zweitens zusammen, dass das Gefühl der Liebe enttäuscht werden kann, wenn der geliebte Mensch es nicht erwidert, der Geist der Liebe jedoch nicht. Schließlich besteht ein weiterer Unterschied darin, dass das Gefühl der Liebe durch die Eigenschaften der geliebten Person hervorgerufen wird, während der Geist der Liebe von diesen unabhängig ist. Man muss für einen Anderen kein Gefühl der Liebe empfinden, um ihm dennoch im Geist der Liebe zugewandt sein zu können.

In unseren aufgeklärten Zeiten und in Anbetracht arbeitsteiliger Hochspezialisierung mag der Gedanke an eine Medizin, welche einem Ethos der Liebe verpflichtet ist, ziemlich abwegig erscheinen. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil für unser Verständnis Liebe nichts ist, was als professionelle Einstellung oder Tugend gefordert und abverlangt werden könnte. Gefordert werden kann hingegen Achtung, und zwar die Achtung eines anderen Menschen nicht aufgrund bestimmter Vorzüge, die er besitzt – darüber können die Meinungen auseinandergehen, und daher kann diesbezüglich Achtung nicht gefordert werden –, sondern die Achtung seiner Person. Die Achtung nimmt gewissermaßen die Stelle ein, die in jenem alten Verständnis der Medizin die Liebe innehatte. Das zeigt sich daran, dass sie mit dieser gewisse Merkmale teilt: Indem sie sich nicht auf die Besonderheiten des betreffenden Menschen, sondern auf die Person dieses Menschen richtet, bezieht sie sich auf etwas, das nicht nur in ihm, sondern in allen Menschen begegnet (so wie auch der Nächste in vielen Menschen Gestalt hat). Sie kann deshalb auch nicht enttäuscht werden dadurch, dass dieser Mensch sich verändert oder dem nicht entspricht, was man in ihm an Besonderem zu sehen meinte. Man muss demnach für einen anderen Menschen auch keine Wertschätzung empfinden, um ihn dennoch als Person achten zu können. Schließlich gibt es auch darin eine Parallele zwischen Liebe und Achtung, dass Liebe das, was sie tut, ganz um dessen willen tut, dem sie zugewandt ist, so wie die Achtung einer anderen Person dieser ganz um ihrer selbst willen gilt.

Dies ist der Rahmen, den die Person-Beziehung für die therapeutische Beziehung setzt. Er bildet das Gegengewicht und Korrektiv zu jener anderen Beziehungsebene, auf der der therapeutische Prozess sich vollzieht und die dadurch charakterisiert ist, dass hier *Gefühle* eine entscheidende Rolle spielen, die sich, teils vermittelt über Projektionen, an den Eigenschaften und Besonderheiten der Beteiligten festmachen. Dies gilt natürlich vor allem für den Patienten. Der Haltung des Therapeuten entspricht es demgegenüber, sich in dieser Hinsicht Zurückhaltung aufzuerlegen und sich gerade nicht von Gefühlen hinreißen zu lassen. Hierin liegt die fundamentale Asymmetrie, welche die therapeutische Beziehung kennzeichnet, und sie kann nur gelingen, wo diese Asymmetrie gewahrt bleibt. Auch in diesem Punkt lässt sich eine Parallele ziehen zu jener alten Definition der Medizin: Liebe im dort gemeinten, geistlichen Sinne beruht ebenfalls nicht auf persönlichen Gefühlen, die der Arzt dem Kranken gegenüber hegt, sondern sie gilt dem Nächsten in Gestalt dieses Kranken. Für das damalige Verständnis verband sich dies mit dem christlichen Gedanken, dass der Geist der Liebe im Unterschied zu Gefühlen der Liebe nicht nur auf das Liebenswerte gerichtet ist, sondern oftmals auf das Nichtliebenswerte, um dieses dahingehend zu verwandeln, dass es liebenswert wird. In einem ähnlichen, wenn auch viel prosaischeren Sinne lässt sich auch die Haltung des Therapeuten beschreiben, indem man ›Liebe‹ durch ›Achtung‹ und das Wort ›liebenswert‹ durch ›Wertschätzung‹ ersetzt.

Es war in den voranstehenden Überlegungen viel von Tugenden die Rede. Innerhalb der heutigen Ethik unterscheidet man zwischen normativen und tugendethischen Ansätzen, und das Verhältnis und die Vermittlung zwischen beiden Arten von Ansätzen ist Gegenstand der Diskussion. Oben wurde angeregt, im Blick auf das ärztliche Handeln moralische Normen und Prinzipien nicht als Begründungs-, sondern als Rechtfertigungsinstanzen zu betrachten. Das eröffnet der Tugendorientierung den notwendigen Freiraum. So verlangen wir ja auch von Eltern nicht, dass sie zuerst moralisch begründen müssen, warum sie für ihre Kinder sorgen. Sie sollen und dürfen dies aus elterlicher Liebe tun. Andererseits müssen sie sich rechtfertigen.

2

tigen, wenn sie *nicht* für ihre Kinder sorgen, und zwar rechtfertigen vor der moralischen Norm, dass Eltern für ihre Kinder sorgen sollen. In tugendethischer Perspektive kann in bestimmten Fällen die Forderung nach Begründungen geradezu ein Zeichen fehlender Tugend sein. Alasdair MacIntyre hat dies folgendermaßen beschrieben: »Betrachten wir folgende Situation: Jemand stößt auf einen schwer verletzten, kranken oder hungernden Fremden, verfügt über die nötigen Hilfsmittel, und es gibt keinen anderen, der dazu bereit wäre und gerade helfen könnte. Die dringende Notlage des Fremden ist ein hinreichender Grund, ihm zu Hilfe zu eilen. Nehmen wir an, ein Zuschauer, der selbst nicht daran denkt zu helfen, fragt nach einer Rechtfertigung des Urteils, dass die Notlage des Fremden ein hinreichender Grund ist, ihm zu helfen. Es ist eines der Kennzeichen der Tugenden gerechter Großzügigkeit, unter solchen Umständen in der Notlage eines anderen einen hinreichenden Grund für eine Hilfeleistung zu sehen, ein anderes aber ist, gar nicht erst auf die Idee zu kommen, dass ein solcher Grund einer Rechtfertigung bedarf oder noch durch weitere Argumente gerechtfertigt werden muss. Eine solche Rechtfertigung anzubieten oder zu verlangen, ist selbst ein Zeichen fehlender Tugend« (MacIntyre 2001, 187f.).

Wir haben die moralische Grundhaltung des Arztes und speziell des Therapeuten als eine solche der Achtung beschrieben, die besonders der angewiesenen und abhängigen Seite personaler Existenz gilt. Diese Grundhaltung schließt eine bestimmte intuitive Orientierung in sich im Hinblick darauf, wie dem Patienten zu begegnen und was *um seinerwillen* – und nicht nur funktional im Hinblick auf bestimmte therapeutische Ziele – zu tun ist. Diese Orientierung in Umrissen zu beschreiben, war das Ziel der vorstehenden Überlegungen.

## Literatur

---

- Beaucham TL, Childress JF (1979), *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford.
- Hutterer-Kirsch R (Hg.) (1996a), *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*, Wien.
- Hutterer-Kirsch R (1996b), *Werte in den Psychotherapiemethoden*, in: Hutterer-Kirsch R (Hg.) (1996) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*, 74–108.
- Hutterer-Kirsch R (1996c) *Zum Verhältnis von Ethik und Psychotherapie*, in: Hutterer-Kirsch R (Hg.), *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*, 17–60.
- MacIntyre A (2001), *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*, Hamburg.
- Spaemann R (1996), *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ›etwas‹ und ›jemand‹*, Stuttgart.

## Die therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht

*Brigitte Boothe, Bernhard Grimmer*

- 3.1 Der Patient sucht psychotherapeutische  
Behandlung: Was will er? –  
Unter welchen Bedingungen bleibt er? –  
Unter welchen Bedingungen kommt er voran? – 38
- 3.2 Grundlagen einer allgemeinen psychoanalytischen  
Beziehungstheorie – 40
- 3.3 Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse:  
historische und strukturelle Merkmale – 42
- 3.4 Der psychotherapeutische Pakt: Vertrauen –  
Hoffnung – Kreditierung – 44
- 3.5 Der psychotherapeutische Prozess: Beziehung –  
Erkenntnis – Veränderung – 48
- 3.6 Die therapeutische Dyade und die triadische  
Dynamik – 49
- 3.7 Ödipus und Scheherazade – 51
- 3.8 Fazit – 56
- Literatur – 57

- Psychotherapie macht weder fit noch schön. Sie repariert kein gebrochenes Herz, ersetzt kein defektes Seelenorgan. Sie tröstet nicht den Beladenen und lockt nur manchmal mit Sensationen. Was bietet sie also? Professionelle Behandlung psychischer Beeinträchtigung. Psychische Beeinträchtigungen schädigen – in der Diktion der klassischen Psychoanalyse – die »Liebes- und Arbeitsfähigkeit«, sabotieren Vitalität und Lebensfreude, Bindung und Produktivität. Beschwerden und Symptome sollen überwunden werden durch gezielte und kontrollierte Einwirkung auf die Erscheinungsformen, Umstände und Ursachen der malignen Prozesse. Nach wissenschaftlicher Befundlage ist die Basis einer günstigen psychotherapeutischen Entwicklung eine günstige Beziehung zwischen Therapeut und Patient, eine Beziehung, die beide Parteien als hilfreich und tragfähig empfinden. Wie sich das in der Perspektive psychoanalytischen Denkens darstellt, soll im Folgenden genauer erkundet werden.

### 3.1 Der Patient sucht psychotherapeutische Behandlung: Was will er? – Unter welchen Bedingungen bleibt er? – Unter welchen Bedingungen kommt er voran?

---

*Der Patient sucht psychotherapeutische Behandlung. Was will er?* Jemand, nennen wir ihn Herrn P., meldet sich beim Psychotherapeuten an. Das kostet privates Geld und Überwindung. Er sucht Beschwerdefreiheit rasch, mit geringem Aufwand und stabilem Erfolg. Wer sich auf psychotherapeutische Hilfe angewiesen fühlt, erlebt sich unfrei und schwach, auch wenn er das kompensiert und verdeckt. Sein Unglück ist selbstgemacht, das ist für sein Selbstgefühl prekär. Er soll einem Fremden gegenüber gleichsam einen Offenbarungseid leisten. Das schafft wenig Vertrauen und Zuversicht.

*Herr P.* macht sich, in der Spannung zwischen innerer Not und Widerstreben, bei den ersten Kontakten ein Bild und *bleibt*, wenn dreierlei geschieht: (1) Der Therapeut erkennt und kann zum Ausdruck bringen, was Herrn P.s Problem ist. (2) Der Therapeut stellt überzeugende Behandlungsmöglichkeiten in Aussicht. (3) Der Therapeut respektiert Herrn P. als Person. Anders formuliert: Herr P. will

sich verstanden fühlen, kompetent behandelt wissen, Achtung und Wohlwollen erfahren. Auf diesem Erfahrungshintergrund wird er das Verhältnis von Aufwand und Ertrag neu bewerten.

Achtung und Wohlwollen zeigt sich im therapeutischen Kontext in besonderer Weise: Der Therapeut engagiert sich für die Leidenssituation und das subjektive Patienten-Anliegen. Er ist transparent in der Verständigung, bei der Erläuterung des Behandlungsvorschlags und bei der Entscheidungsfindung. Er fordert die Urteilskompetenz, Reflexivität und kritische Intelligenz des Patienten heraus. Das heißt, er lässt seine persönliche und fachliche Autorität durch den Patienten testen und kritisch prüfen. Er erwartet vom Patienten, Mut zur Selbstoffenbarung aufzubringen und einen beiderseitigen Vertrauenskredit.

*Herr P. kommt voran*, wenn er das therapeutische Beziehungsangebot aktiv als Wert und Chance wahrnimmt und nutzt. Er präsentiert sich nicht als zahlender Empfänger von Wohltaten, sondern sorgt, mit Unterstützung seines professionellen Partners, ausdrücklich dafür, dass die Kooperation als Begegnung für das eigene Erleben und Handeln wirksam und bereits im Kleinen veränderungsrelevant wird. Dazu gehören beispielsweise Freude am Verstandenwerden; dankbares Erinnern an gute Stunden; Überraschung über neue Perspektiven; Auffinden neuer Zusammenhänge, die zur Erprobung neuen Handelns ermutigen; Erholung und Sammlung durch die Möglichkeit, eine Stunde für sich selber zu haben; Entspannung durch die Gewissheit, vertrauen zu können; Teilhabe an der begründeten Zuversicht eines glaubwürdigen Partners; Stolz und Erleichterung im Anschluss an die Offenbarung eines beschämenden Geheimnisses; Selbstwertzuwachs durch Toleranz gegenüber eigener Unzulänglichkeiten und Grenzen; Genuss der Zunahme an Selbstkenntnis und emotionaler Intelligenz. Zusammenfassend formuliert gibt Herr P. der Beziehung und ihrem Veränderungspotential Kredit.

Idealtypisches Fazit: Der Patient *sucht psychotherapeutische Behandlung* in einer Verfassung psychischer Beeinträchtigung, der er sich ausgeliefert und in der er sich auf eine Helferinstanz angewiesen fühlt. Das schafft eine prekäre Initialbeziehung der inneren Ab-

hängigkeit, die nach Sofortbefriedigung und rascher Überwindung drängt. Der Patient *entscheidet sich zur Aufnahme einer längerfristigen therapeutischen Kooperation* auf der Basis einer Beziehung mit Vertrauens- und Zukunftskredit. Der Patient *kommt voran* in einer Beziehungsdynamik von Anlehnung und Abgrenzung, die zu kreativer Verinnerlichung der gelebten Beziehung, zum hilfreichen inneren Dialog führt.

### 3.2 Grundlagen einer allgemeinen psychoanalytischen Beziehungstheorie

---

Das Verständnis der Entstehung, Formen und Wirkungen zwischenmenschlicher Beziehungen, insbesondere derjenigen der frühen Kindheit, ist ein zentrales Anliegen psychoanalytischen Denkens. Dennoch lässt sich der Begriff der *Beziehung* in den einschlägigen psychoanalytischen Wörterbüchern nicht finden (vgl. Laplanche u. Pontalis 1996; Mertens u. Waldvogel 2000; Mertens 1998). Wenn von Beziehung die Rede ist, dann als Teil zusammengesetzter Begriffe wie *Objektbeziehung*, *Übertragungsbeziehung* oder *therapeutische Beziehung*.

In der Psychoanalyse ist der Begriff der Objektbeziehung gebräuchlich, um zwischenmenschliche Beziehungen zu beschreiben. Der Austauschprozess zwischen zwei Personen wird psychoanalytisch traditionell aus Sicht des Individuums (Subjekt) beschrieben, das mit einem Anderen (Objekt) in Beziehung steht. Bereits bei Freud (1905, S 82) findet sich die Aussage, dass »für die Psychoanalyse (...) die Beziehung zu einem Objekt das Wesentliche (ist, d. A.)«. Freud hat die Beziehung des Kindes zu seinen primären Bezugspersonen aus Sicht des sich entwickelnden Kindes beschrieben. Er sah im Kleinkind ein triebhaftes Wesen, das für sein physisches und psychisches Überleben auf Objektbeziehungen angewiesen ist. Die Entwicklung des Kindes versteht er im Wesentlichen als konfliktreiche Kompromissbildung zwischen dem Bedürfnis nach Selbsterhaltung und dem nach sexueller Triebbefriedigung (Freud 1905). Das Bedürfnis nach Selbsterhaltung führt dazu, dass sich das Kind im Zustand der Hilflosigkeit an ein mütterliches Objekt bindet mit dem Ziel, Versorgung sicherzustellen

und Trennung zu vermeiden. Als Antagonisten des Selbsterhaltungs-triebes sieht Freud den Sexualtrieb. Dessen Ziel ist nicht die Bindung an ein Objekt, sondern der Spannungsabbau in Form lustvoller Befriedigungserlebnisse. Das Objekt ist dabei nur soweit bedeutsam, wie es dazu dient, Triebbefriedigung zu ermöglichen (Freud 1915).

Im Laufe der Entwicklung kommt es immer wieder zu Konflikten zwischen den sexuellen Triebwünschen und dem Bedürfnis nach Selbsterhaltung. Das Bedürfnis nach Selbsterhaltung und damit die Bindung an ein Objekt erweist sich dabei häufig stärker als der Wunsch nach Triebbefriedigung (Freud 1915). Das Kind unterdrückt in verschiedenen Entwicklungsphasen Triebansprüche, um die Beziehung zu seinen Bezugspersonen nicht zu gefährden. Dabei werden die Triebwünsche aber häufig nur aus dem Bewusstsein verdrängt, ohne dass der Wunsch nach Befriedigung aufgegeben wird. Der Konflikt zwischen Triebwunsch und Selbsterhaltung, der sich in der Beziehung zu den äußeren Objekten entwickelte, wird so verinnerlicht. Die nun unbewusst wirkenden Wünsche streben weiter nach Erfüllung und Triebbefriedigung. Daraus resultiert die Tendenz, immer wieder mit neuen Objekten ähnliche Beziehungsmuster zu inszenieren, die Aussicht auf Erfüllung der verdrängten Wünsche und auf Triebbefriedigung bieten.

Freud hat sich besonders mit der Bedeutung der Bezugspersonen als Triebobjekte in der psychischen Realität des Kindes und mit den Folgen der skizzierten Beziehungskonflikte in Form von Verinnerlichung, Kompromiss- und Symptombildung beschäftigt. In der psychoanalytischen Theoriebildung in der Nachfolge der klassischen Psychoanalyse, z.B. in den psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien, der Bindungsforschung und in der aktuellen Säuglingsforschung wird dagegen die Bedeutung der Qualität der realen Beziehung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen für die psychische Entwicklung hervorgehoben (Winnicott 1974; Bowlby 1995; Dornes 1999). Aus der Verinnerlichung wiederkehrender Interaktionserlebnisse mit seinen Bezugspersonen entsteht eine innere Welt der Objektbeziehungen mit psychischen Repräsentanzen von sich selbst, den Objekten und den gemeinsamen Beziehungsmustern (Kernberg 1999). Diese

beeinflussen das eigene Selbstbild und Selbstempfinden und werden zu einem Arbeitsmodell, das die Erwartung zukünftiger Beziehungserfahrungen steuert und so die Möglichkeiten und Grenzen eigenen Beziehungshandelns festlegt.

Lange Zeit wurde in der Psychoanalyse die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind für die Entwicklung des Kindes, als überaus wichtig angesehen (Winnicott 1974; Bowlby 1995). Es ging dabei um die Qualitäten einer »hinreichend guten Mutter« (Winnicott 1974, S 189), ihre Fähigkeiten, empathische Resonanz sowie Sicherheit zu bieten und narzisstische Anerkennung zu vermitteln. Wenn der Vater als Dritter thematisiert wurde, dann trat er erst später als Motor der Triangulierung in Erscheinung: in der Funktion des Retters, der das Kind aus der verschlingenden Zweisamkeit mit der Mutter befreien muss (Schon 2000; Bauriedl 1998). Inzwischen vertreten jedoch immer mehr Autoren die Ansicht, dass die Person in einen triadischen Beziehungsraum hineingeboren wird und sich Entwicklung in verschiedenen triangulären Beziehungskonstellationen abspielt (Heigl-Evers u. Boothe 1997; Boothe u. Heigl-Evers 1996; Schon 2000; Bauriedl 1998). Die wechselnden Beziehungsstile in einer Triade und das Erleben von Unterschieden in der Kommunikation und im Umgang mit den Bedürfnissen des Kindes scheinen für dessen psychische Entwicklung besonders anregend zu sein (von Klitzing 2002). Die Triangularität von Beziehungsstrukturen darf heute als zentraler Ausgangspunkt psychoanalytischen Denkens gelten, von dem aus die »triebhaftere und narzisstische Konflikthaftigkeit einer Person innerhalb des Gefüges ihrer Objektbeziehungen« ermittelt werden kann (Heigl-Evers u. Boothe 1997, S 136).

### 3.3 Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse: historische und strukturelle Merkmale

---

Die verinnerlichten frühen Objektbeziehungen und die Art der Bewältigung der Triebkonflikte beeinflussen alle späteren neuen Beziehungen des Menschen. Die alten Modi der Beziehungsgestaltung, unbewusste Triebwünsche und Ängste, Erwartungen an das Verhalten des

Gegenübers usw. werden jeweils wieder belebt und auf die neue Person übertragen. Die Psychoanalyse hat dem Fortdauern vergangener Beziehungen in der Gegenwart schon immer besondere Bedeutung beigemessen und die therapeutische Beziehung zunächst vor allem als *Übertragungsbeziehung* betrachtet.

Der Umgang mit der Übertragung des Patienten stand für Freud (1917) im Zentrum therapeutischen Handelns. Der Analytiker sollte die Beziehung so gestalten, dass sich die Übertragung des Patienten möglichst unbeeinflusst von der realen Person des Analytikers entfalten kann. Dafür sollte er sich dem Patienten als Projektionsfläche für dessen innere Beziehungswelt anbieten. In der Regel erinnert sich der Patient nicht einfach an seine früheren Beziehungserfahrungen und -phantasien, sondern versucht, in der therapeutischen Situation ähnliche Beziehungskonstellationen zu realisieren (Freud 1914). Der Analytiker ist in diesem Prozess der Herstellung von Beziehungsdramaturgien aktiv beteiligt. Er fördert die Aktualisierung früherer gesunder wie pathogener Beziehungserfahrungen und Triebwünsche im Annehmen und Ausgestalten der Übertragungsangebote, gerade um an die Stelle der bloßen Wiederholung pathogener Muster die Chance zu bewusstem Erleben, Reflektieren und Neugestalten zu eröffnen (Streeck u. Weidenhammer 1987a; Streeck u. Weidenhammer 1987b). Der Therapeut ist dabei zugleich Mitspieler, Erlebender und Beobachter. Er übernimmt zeitweise die ihm vom Patienten zugewiesene Rolle, so dass sich eine lebendige Szene zwischen ihnen entfalten kann (Sandler 1976). Er tritt jedoch auch wieder zurück und betrachtet die szenische Gestalt von außen, um die Inszenierung zu verstehen.

Durch die Aktualisierung in der analytischen Beziehung werden die früheren Beziehungserfahrungen und Triebkonflikte lebendig. Für Freud bestand die Hauptaufgabe des Analytikers darin, sie dem Patienten deutend zu Bewusstsein zu bringen. In einem langwierigen gemeinsamen Durcharbeitungs- und Trauerprozess sollte sich der Patient seine alten Beziehungserfahrungen und seine unerfüllten Wünsche und Ängste vergegenwärtigen und zu weniger pathogenen Lösungen kommen (Freud 1914).

Was veranlasst den Patienten, sich auf einen solchen, häufig langwierigen und schmerzhaften analytischen Prozess einzulassen und durchzuhalten? Die eigentliche Kraft, so Freud (1917), stammt aus der Bindung an den Analytiker. Diese Bindung verstand er ebenfalls als Übertragungsbeziehung: Es ist die im Kontakt mit den ersten Bezugspersonen erworbene Fähigkeit, sich an eine Person zu binden und auf ihre verlässliche Fürsorge zu vertrauen. Diese »milde unanstößige Übertragung« ermöglicht überhaupt erst, dass der Arzt für den Patienten bedeutungsvoll wird. Sie soll daher nicht analysiert und aufgelöst werden (Freud 1917). Freud selbst sah in der Fähigkeit zur Bindung an den Arzt eine notwendige Voraussetzung für eine analytische Behandlung. Inzwischen sieht man die Bündnisbildung bei Patienten, denen diese Basis fehlt, als eine zentrale therapeutische Aufgabe an (Boothe 1999; Körner 1997).

Es gibt seit Freud verschiedene Vorschläge, das therapeutische Bündnis von Therapeut und Patient als Arbeitsbündnis oder Realbeziehung von der Übertragungsbeziehung abzugrenzen. Zwar wird der Sinn einer solchen Differenzierung immer noch kontrovers diskutiert (Boothe 1999; Körner 1997), in jedem Fall aber ist damit eine veränderte Betrachtungsweise der analytischen Beziehung einhergegangen: Die auf Veränderung ausgerichtete Zusammenarbeit von Therapeut und Patient im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation wird in ihrer Bedeutung für das Gelingen einer Therapie stärker betont (Thomä 1999).

### 3.4 Der psychotherapeutische Pakt: Vertrauen – Hoffnung – Kreditierung

---

Vor allem aufgrund der Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung wird heute in der Qualität der *hilfreichen Beziehung* zwischen Therapeut und Patient der wichtigste und grundlegende Wirkfaktor jeder Psychotherapie gesehen (Strupp 2000; Luborsky 1995; Frank 1997). Eine solche Beziehung wird immer von beiden, Therapeut und Patient, gestaltet. Im Laufe ihrer Interaktion entwickeln sie ihre eigene Form der Kommunikation und eine gemeinsame

Beziehungsgeschichte. Jede therapeutische Dyade ist deshalb einzigartig und nur bedingt vergleichbar. Das Zusammenpassen von *dem* spezifischen Therapeuten mit *dem* spezifischen Patienten ist somit ein wesentlicher Faktor für ein gelingendes Zusammenspiel und einen erfolgreichen therapeutischen Prozess (Kantrowitz 1998).

Die therapeutische Beziehung ereignet sich in einem institutionalisierten und formalisierten Kontext. Der Therapeut als professioneller Helfer befindet sich in einer bestimmten Rolle, die sich u. a. in einer zugewandten und zugleich neutralen und distanzierenden Haltung zeigt. Es entsteht eine sehr persönliche Beziehung, die dennoch zeitlich, örtlich und in ihrer Nähe und Intimität begrenzt ist. Es ist eine ungleiche Beziehung, in der nur die Geschichten und die Geschichte des Patienten Beachtung finden, während der Analytiker als private Person weitgehend anonym bleibt. Diese Ungleichheit ermöglicht, dass der Patient wirklich zur Geltung kommen kann, ist aber für viele Patienten gerade in der Anfangsphase nicht leicht zu ertragen. Im Laufe einer psychoanalytischen Behandlung ist es unvermeidlich, dass von Zeit zu Zeit auch die reale Person des Analytikers, seine Werte und Vorlieben jenseits seiner professionellen Haltung für den Patienten spürbar werden. Diese Momente einer authentischen persönlichen Begegnung, in der die gewohnte professionelle Haltung des Therapeuten aufbricht, beleben die Beziehung und werden von Patienten im Rückblick auf ihre Therapie als eine ganz eigene und wesentliche Qualität hervorgehoben (Senf u. Schneider-Gramann 1990).

Beim Aufbau einer hilfreichen Beziehung geht es, wie die psychoanalytische Bindungsforschung betont, zunächst vor allem um Vertrauensbildung. Eine stabile, verlässliche und konstante Beziehung, durch die empathische Resonanz, die Verfügbarkeit und die Zuverlässigkeit des Therapeuten gefördert, stellt die »sichere Basis« dar, von der aus der Patient beginnen kann, seine eigene Innenwelt, schmerzhaft und bedrohliche Erfahrungen und Phantasien zu erkunden (Strauss 2002). Empathische Resonanz bedeutet aber nicht, dass der Analytiker die Sichtweisen des Patienten einfach übernimmt. Es geht um die Vermittlung von Verständnis und um Einfühlung bei gleichzeitiger Dis-

tanz und dem Beibehalten einer eigenen Sichtweise. Nur so kann sich eine produktive Spannung entwickeln, in der der Therapeut neue und andere Perspektiven einnehmen und dem Patienten anbieten kann. Anderenfalls kommt es zum Stillstand (Thomä 1999).

3 Eine weitere wichtige Funktion der therapeutischen Beziehung besteht in der Vermittlung von Zuversicht und dem Wecken hoffnungsvoller Erwartungen auf Veränderung (Luborsky 1995; Rudolf 1991). Patienten beginnen eine Therapie in der Regel in einem Zustand der Hoffnungslosigkeit und mit großen Zweifeln an ihrer eigenen Kompetenz zur Lösung ihrer Probleme (Frank 1997). Sie sind deshalb auf der Suche nach äußeren Quellen für Zuversicht und Motivation, die ihnen selber fehlen. Für Patienten ist somit von enormer Bedeutung, wie der Therapeut zu ihnen steht, und sie reagieren besonders sensibel auf Signale von Zuversicht oder Skepsis. Die Vermittlung von Zuversicht und das Wecken von Hoffnung sind aber keine willkürlich handhabbaren, therapeutischen Strategien. Offenbar kommt es auf die wirkliche, oft unbewusste Einstellung des Therapeuten zu seinem Patienten an (Strupp 1996; Rudolf 1991).

Inzwischen weiß man, dass häufig schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt einer Therapie die Weichen dafür gestellt werden, ob die Beziehungsaufnahme gelingt und sich eine produktive Zusammenarbeit entwickeln kann oder nicht (Strupp 1996, 2000). Vom ersten Kontakt an beginnt ein wechselseitiger Zuschreibungs- und Einschätzungsprozess, begleitet und vorgeformt durch basale Gefühle der Zu- oder Abneigung. Der Therapeut macht sich ein Bild vom Patienten, er nimmt eine Einschätzung der Ziele des Patienten, seiner Persönlichkeit und Entwicklungsmöglichkeiten vor. Diese Bewertung wirkt wiederum auf sein therapeutisches Handeln zurück (Sandler u. Dreher 1998). Die initiale Einstellung des Therapeuten scheint von bemerkenswerter Konstanz zu sein und häufig über die Dauer der Therapie unverändert zu bleiben (Strupp 1996). Für das Gelingen der therapeutischen Zusammenarbeit ist deshalb eine grundlegende Voraussetzung, dass der Therapeut eine positive Grundeinstellung gegenüber dem Patienten und dessen zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten besitzt (Rudolf 1991).

Auch der Patient macht sich ein Bild: Er schätzt die Vertrauenswürdigkeit und insbesondere die Fähigkeit des Therapeuten ein, ihm zu helfen, anfangs oft beeinflusst vom Vertrauen in die professionelle Kompetenz des Therapeuten und in dessen therapeutische Rituale (Frank 1997). Der Therapeut muss sich jedoch auf die Dauer in seinem Handeln bewähren, um das Vertrauen des Patienten zu bestätigen und zu vertiefen.

Mit Hilfe des Kreditierungskonzepts (Grimmer 2000; Boothe u. Heigl-Evers 1996) können die verschiedenen Erkenntnisse zur Bedeutung von Zuversicht, zur Einstellung des Therapeuten und zur Motivierung des Patienten als Merkmale einer *Kreditierungsbeziehung* verstanden werden: Der Therapeut muss dem Patienten zunächst einmal einen Kredit für sein Anliegen in der Therapie geben. Er muss überzeugt sein, dass der Patient über Ressourcen verfügt, die ihm eine Lösung seiner Probleme und eine Entwicklung und Veränderung in der Zukunft ermöglichen. Er setzt auf das Potential des Patienten. Damit einher geht aber eine bestimmte Haltung ihm gegenüber. Der Therapeut begegnet ihm als einen potentiell machtvollen Akteur und vermittelt ihm sein Zutrauen. Diese Vermittlung erschöpft sich nicht im bloßen verbalen Zuspruch (»das wird schon«, »Sie werden das schaffen«), sondern zeigt sich in der gesamten Beziehungsgestaltung. Der Therapeut mutet dem Patienten in der gemeinsamen Arbeit etwas zu, konfrontiert ihn mit neuen und unangenehmen Sichtweisen. Eine kreditierende Haltung wirkt der häufig zu Beginn einer Therapie beobachtbaren Selbstwahrnehmung und Selbstpräsentation des Patienten als bedauernswertes Opfer einer versagenden Umwelt entgegen und fördert dessen Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als Akteur. Eine solche Bewegung weg von der Wahrnehmung als passives Opfer hin zur Erkenntnis eigener Aktivität ist ein häufig zu beobachtendes Merkmal eines erfolgreichen psychoanalytischen Prozesses (Lear 1999). Ein kreditierender Beziehungsmodus ist als nicht wegzu-denkende Form Entwicklung fördernder Kommunikation zwischen Eltern und Kindern von Boothe u. Heigl-Evers (1996) beschrieben worden. In der Psychotherapie ist er aufgrund der empfundenen Hoffnungslosigkeit und mangelnden Kompetenzerwartung des Patienten

besonders wichtig. Die Kreditierung des Patienten durch den Therapeuten ist sicherlich vorrangig, umgekehrt muss aber auch der Patient dem Therapeuten Kredit geben, z.B. im Sinne des oben beschriebenen Vertrauensvorschlusses in dessen Kompetenz.

### 3.5 Der psychotherapeutische Prozess: Beziehung – Erkenntnis – Veränderung

---

Der psychotherapeutische Prozess ist aus psychoanalytischer Sicht Arbeit *an* und *mit* der therapeutischen Beziehung. Die Arbeit an der Beziehung bedeutet den Aufbau einer hilfreichen Beziehung im beschriebenen Sinn. Es ist nötig, dass eine Atmosphäre entsteht, in der sich der Patient öffnen kann, sich sicher und als fähiger Partner anerkannt fühlt und dennoch zur Auseinandersetzung mit seinen Konflikten und früheren pathogenen Beziehungserfahrungen angehalten wird. Die Arbeit an der Beziehung, an der Bildung eines gemeinsamen Bündnisses, steht zu Beginn der Therapie im Zentrum und ist die Basis der weiteren Zusammenarbeit. Weiss (1993) beschreibt, wie Patienten die Tragfähigkeit der Beziehung und die Sicherheit bietende Verlässlichkeit des Therapeuten testen. Erweist sich die hilfreiche Beziehung als stabil und sicher, dann kann sie den motivierenden Hintergrund für die weitere Zusammenarbeit bilden, ohne ständig thematisiert werden zu müssen.

Stattdessen kann die Arbeit *mit* der Beziehung in den Vordergrund treten. In den Erzählungen des Patienten über seine gegenwärtigen und früheren Beziehungen werden seine alten pathogenen Beziehungserfahrungen und ungelösten Konflikte erkennbar, in der Übertragungsbeziehung werden sie unbewusst aktualisiert. Der Therapeut fördert die Entfaltung der Übertragung, ohne so zu reagieren, wie es der ihm zugewiesenen Rolle entsprechen würde. Das heißt, er wird zugleich zu dem alten, übertragenen Objekt und zu einem neuen Objekt, das in bisher nicht gekannter Weise antwortet. Diese Differenz zwischen neurotischer Erwartung und Reaktion des Analytikers, diese Neuerfahrung in der therapeutischen Beziehung, besitzt großes Veränderungspotential (Thomä 1999). Im Laufe der Zeit kommt es

zu Verinnerlichungsprozessen dieser neuen Beziehungserfahrungen, wodurch die alten Selbst- und Objektrepräsentanzen teilweise verändert werden. Dieser Prozess der Übertragungsentwicklung, Neuerfahrung und Verinnerlichung wird vorangetrieben durch und ist eingebettet in einen gemeinsamen Deutungs- und Verständnisprozess. Der psychotherapeutische Prozess besteht somit gleichermaßen aus dem Beziehungshandeln und dessen Interpretation. So wird die Einsicht des Patienten in die Dynamik seiner pathogenen Beziehungserwartungen und Konflikte gefördert und sein Spielraum für das Erproben neuer und anderer Verhaltensweisen erweitert.

### 3.6 Die therapeutische Dyade und die triadische Dynamik

---

Die psychotherapeutische Beziehung ist zwar eine zwischen zwei Personen, aber sie ist in psychoanalytischer Perspektive nicht als abgeschlossene Dyade zu verstehen. Die beiden Partner sind zwar intensiv aufeinander bezogen, aber sie sind einander nicht genug. Sie schaffen einen Erfahrungsraum, exklusiv für sie beide, aber er öffnet sich notwendig auf ein Drittes hin. Das ist zunächst einfach der Umstand, dass der Patient die Welt draußen in seinen Einfällen und Erzählungen mitbringt und dass seine Situation in der Welt draußen für den therapeutischen Erfolg von ausschlaggebender Bedeutung ist. Das ist außerdem die Tatsache, dass auch der Therapeut in relevanten Außenbeziehungen steht, beispielsweise zu Krankenkassen und Supervisoren, und dass Patienten bestimmte Bezugspersonen, die der Therapeut im professionellen und privaten Rahmen hat, interessant finden. Darüber hinaus findet ein systematischer Einbezug des Dritten in einem weiteren Sinn statt. Im aktuellen Beziehungshandeln in der therapeutischen Situation entwickelt sich, psychoanalytisch betrachtet, eine individuelle und wechselnde Dynamik in Auseinandersetzung mit dem dritten Objekt. Diese Dynamik wird wirksam in den jeweiligen aus infantilen Wünschen, Ängsten und Abwehrbewegungen gespeisten Übertragungsbeziehungen. Zwei grobe Beispiele: Mutter und Vater unterscheiden sich nicht. Sie lieben mich beide, und ich bin

3

die einzig wichtige Beziehung für sie. So könnte sich die Wunschphantasie eines Patienten anhören, der die Position des ausgeschlossenen Dritten verleugnet. Ein solcher Patient präsentiert sich in der Übertragungsbeziehung als *kindlicher Hoffnungsträger*, als messianische Figur vielleicht, auf den alle gewartet haben und dessen Erscheinen in der Tat – vergleiche die Geburt Christi im Neuen Testament – nicht mit einer exklusiven relevanten Beziehung der Eltern verbunden ist. Es ist Aufgabe des Therapeuten, die übertragene Beziehungsdramaturgie des Patienten mit zu durchleben, mitzugestalten, wahrzunehmen und in der Bearbeitung von Abwehr als triadische Dynamik in Kooperation mit dem Patienten weiterzuentwickeln. Eine andere triadische Beziehungsfigur: *Hänschen klein ging allein in die weite Welt hinein... Aber Mutter weinet sehr...* Hier gibt Hänschen die Exploration des erregenden dritten Objekts, der weiten Welt, auf zugunsten der Versorgung des bedürftigen mütterlichen Objekts, das scheinbar ohne Hänschen ganz verloren ist, auch in Hänschens Vater offenbar keinen Trost findet. Ein Patient mit einer Hänschen-klein-Übertragung würde dem Therapeuten Freude zu machen suchen, würde eine Gemeinschaft erfüllter Nähe und Verbundenheit herstellen wollen oder auch die Rolle der sehnsüchtigen und weinenden Mutter übernehmen. Aber so, wie die Selbstinszenierung als kindlicher Hoffnungsträger einen prekären Preis hat, nämlich auch im reifen Erwachsenenalter immer nur als künftige Verheißung aufzutreten und von einem wohlwollenden Mentor abhängig zu sein, ist für Hänschen die Nähe zur Mutter, die ihn zu brauchen scheint, ein zweifelhaftes Glück. Es hat den Preis des Weltverlustes, eines Gebundenbleibens an die Heimatbasis. Therapeutischer Fortschritt kommt in diesem Fall zustande durch die Ausgestaltung und Reflexion der Übertragungsbeziehung, durch die Analyse von Schuld- und Verpflichtungsgefühlen, durch die Ermutigung der Zuwendung zur weiten Welt und durch das Lebendigwerden eines väterlichen Beziehungspartners.

Die psychotherapeutische Beziehung in psychoanalytischer Perspektive soll dazu beitragen, dass im Prozess des Erlebens und Reflektierens inneres Gleichgewicht wiederhergestellt und in Begleitung eines Gegenübers ein Zuwachs an innerer Freiheit erfahren werden

kann. Für das Verständnis der hilfreichen Beziehung und ihrer variantenreichen Entwicklung im Verlauf einer individuellen psychoanalytischen Behandlung ist das Denken in triadischen Konfigurationen besonders nützlich und aufschlussreich. Die produktive psychoanalytische Triade ist so zu charakterisieren: Der Patient erlebt und artikuliert einen spezifischen Konflikt, der Therapeut unterstützt diesen Prozess der inneren Exploration, Klärung und Bewusstmachung, und vermittelt den Bezug auf das Dritte.

### 3.7 Ödipus und Scheherazade

---

In der psychoanalytischen Psychotherapie ist es die vertraglich bestimmte Arbeitsbeziehung oder Allianz, die eine basale wechselseitige Anerkennung der Partner herstellt. Wenn Therapeut und Patient auf dieser basalen Ebene übereinstimmen, kann bei Patienten mit ausreichender Ich-Stärke im psychischen System und im kommunikativen Austausch der emotionale Freiraum für die Entfaltung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens entstehen. Die psychotherapeutische Beziehung in der Psychoanalyse könnte man unter diesen Umständen als Ödipus-Modell charakterisieren: Jemand ist bei Überwindung von Widerständen und Ängsten intensiv an der Aufdeckung verborgener, verdrängter, abgewehrter Zusammenhänge interessiert und bereit, sich der eigenen biographischen Entwicklung auch in ihren schmerzlichen oder bedrohlichen Aspekten zu stellen, Trauerarbeit zu leisten und einen Prozess der Verwandlung zuzulassen. Die therapeutische Beziehung stärkt das Ich und mobilisiert Ressourcen der Explorations- und Selbstwahrnehmungskompetenz:

- Der Psychoanalytiker unterstützt den Patienten dabei, dass er sich selbst genauer wahrnimmt und besser versteht.
- Das geschieht durch Ermutigung zu Selbstwahrnehmung, Selbstexploration und unbeschönigter Selbstmitteilung.
- Die Arbeit des Analysanden, sich unzensiert mitzuteilen, findet in Auseinandersetzung mit dem Übertragungsgeschehen statt. Es handelt sich um einen Prozess der Artikulation, eine Aktivität der Gestalt-

gebung des psychischen Lebens, für die der Dialogpartner als Zeuge und wohlwollender Begleiter von großer Bedeutung ist.

- Selbstkenntnis und das Bemühen um selbstexploratives Sprechen stehen in unmittelbarer Verbindung. Die ungeschönte Selbstmitteilung hat zunächst das Ziel, sich selbst dem Gegenüber zu zeigen und kenntlich zu machen. Dieser beziehungsgebundene Prozess des Sich-zu-erkennen-Gebens schafft Vertrauen und Nähe, Anerkennung und nicht-illusionistisches Selbstbewusstsein.
- Der Patient identifiziert sich dabei mit einer von seiten des Analytikers erfahrenen Haltung nicht-wertender Aufmerksamkeit, respektvollem Wohlwollen und nicht-manipulativen Umgangs mit dem Beziehungspartner.
- Selbstexploration bringt Anerkennung und Selbstanerkennung. In dieser Position zunehmender Belastungstoleranz ist die Offenheit für die Rekonstruktion maligner psychischer Prozesse und korrigierender Beziehungserfahrungen sowie der Erprobung von Handlungsalternativen optimal gegeben.

Für einen großen Kreis von Psychotherapiepatienten jedoch bietet sich das Ödipus-Modell primär nicht an. Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, narzisstischen und Borderlinepathologien verfügen gewöhnlich nicht über ausreichende Ich-Stärke und verwickeln den Therapeuten bereits bei den ersten Kontaktaufnahmen in erhebliche Kommunikationskonflikte. Es kommt zu massiven Problemen der Verständigung, und das Aushandeln von gemeinsamen Arbeitsaufgaben wird zum Problem, weil der Patient sich den vertraglichen Verbindlichkeiten nicht stellen will oder nicht stellen kann. In diesem Fall wird die Herstellung des therapeutischen Bündnisses selbst zum Ziel einer gegebenenfalls langfristigen Arbeit. In Einigungs-, Zielsetzungs- und Klärungsprozessen treten Therapeut und Patient als Verhandlungspartner oder Kontrahenten auf. Viele Patienten, die unter schweren psychischen Beeinträchtigungen leiden, lassen sich im psychotherapeutischen Initialkontakt nur sehr bedingt für einen gemeinsamen Klärungs-, Verhandlungs- und Entscheidungsprozess gewinnen, in dem es um die Herstellung eines Arbeits-

bündnisses mit ausdrücklichen Veränderungszielen geht. Dennoch suchen sie den Kontakt, oft in drängender oder bedrängender Weise, oft länger, als es dem Behandler lieb ist, oder wesentlich kürzer, durch befremdlichen Abbruch, bevor Gemeinschaft überhaupt entstehen konnte. Viele solcher Patienten suchen eine äußere Instanz, die für innere Zustände psychischer oder physischer Dysregulation, von Unbehagen und Verstimmung, Antriebslosigkeit oder Unruhe, Gereiztheit oder Stumpfheit, Selbsthass, Überdruß oder Leere zur Quelle von Entlastung, Besänftigung, Resonanz, Steuerung, Komfort oder anderem werden könnte (Kernberg 1993). In dieser Funktion soll der Therapeut zum Nothelfer und Genossen werden so wie alle anderen Nothelfer und Genossen, die in der Leidensgeschichte des Patienten gebraucht wurden, aber letztlich versagten. Es geht hier um die fixierte Abhängigkeit von einer Versorgungsinstanz, die als rettend-heilende benötigt, als übermächtig-destruktive gefürchtet wird. Zwischen den Beziehungspartnern entsteht hier kein offener Raum, kein *Spiel-Raum* des Austauschens, Verhandelns, Reflektierens. Eine gemeinsame Hoffnungs- und Zukunftsperspektive fehlt. Die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen, intensiver interaktioneller Resonanz und realitätsbezogener Dialogarbeit (Heigl-Evers et al. 1993; Heigl-Evers 1994) zum einen; steuernde, grenzsetzende und kontrollierende Aktivität im Dienst der Einhaltung von Regeln und Rahmenbedingungen zum Schutz der therapeutischen Struktur zum anderen (Kernberg 1993) sind in der psychoanalytischen Literatur zu schweren Persönlichkeitsstörungen prominente und anerkannte Strategien.

Denken wir aber gleichzeitig daran, dass es auch und gerade im Fall schwer dysphorischer, reizbarer, impulsiver und im Sozialbezug unglücklich scheiternder Patienten um die Herstellung von Liebes- und Arbeitsfähigkeit geht, dann benötigen gerade sie Kredit für die Aussicht auf Lebensfreude und Lebensqualität. Gerade hier sind Beziehungserfahrungen, die, wenigstens momentweise, erfreulich sind und Glück bedeuten, wichtig. Das gilt auch dann, wenn die Risiken des therapeutischen Scheiterns chronisch sehr hoch sind. Wir geben dieser Überlegung die programmatische Überschrift »Modell Scheherazade« und illustrieren es durch einige Bemerkungen. Die damit verknüpfte

3

psychoanalytische Überlegung lässt sich auf die Kurzformel bringen: Befriedige Bedürfnisse, Sorge für Entspannung, dämpfe Impulsivität, wecke Lust an der Begegnung und unterfüttere die Begegnung unter der Hand mit nicht-destruktiven Beziehungsangeboten, die allmählich der Thematisierung und der Reflexivität – oder dem Mentalisieren – zugänglich werden. Warum das Märchen-Etikett »Modell Scheherazade«? Weil es die Bedingungen des möglichen therapeutischen Verwandlungsprozesses, auch seinen prekären und riskanten Charakter, so besonders prägnant in eine narrative Form bringt. Der König Schahrirar aus der Rahmenhandlung der 1001 Märchen ist ein unglücklicher und gekränkter Herrscher, abhängig von Beruhigung und Versorgung in friedlosen und freudlosen Nächten. Weiblicher Service wird zu diesem Zweck konsumiert und verschlissen. Scheherazade stellt sich ebenfalls zur Verfügung, für die Wahrnehmung des Herrschers lediglich für die geforderten Dienstleistungen, aber sie weckt gleich anfangs im Fürsten das Verlangen nach Geschichten. Ihre Absicht ist, aus dem Tyrannen einen verantwortungsbereiten Landesvater zu machen. Und ihre Losung ist: Einen Machtkampf gewinnt, wer einen Machtkampf unterläuft. In 1001 therapeutischen Nächten ist das Ziel erreicht. Scheherazade wird von der Funktionsträgerin zur Person, von der Sexualpartnerin zur geliebten Gattin, von der Unterhalterin zur respektierten klugen Frau. Wie ist ihr das gelungen? Ihr Engagement im Beziehungsspiel war zum einen die Übernahme der zugewiesenen Befriedigungsfunktion, innerhalb dieser Funktion offerierte sie unter der Hand die Verlockungsprämie des Erzählens und ermöglichte dem Patienten damit eine zusätzliche Gratifikation, die sein Verlangen in eine neue Richtung lenkte: unterhaltende Zerstreuung, die sich nicht verflüchtigt, sondern im Gedächtnis bewahrt wird und zur Nachbearbeitung wie zur lustvollen Reflexion verführt; auf diese Weise verwandelte sich die Dienerin allmählich in eine Dialogpartnerin und die Begegnung wurde zum historischen Geschehen mit gelebter Vergangenheit und erhoffter Zukunft.

Einen Machtkampf gewinnt, wer einen Machtkampf unterläuft. Das sagt sich so leicht. Die Therapeutin riskierte Kopf und Kragen. Ihr Gegenüber scherte sich lange Zeit nicht um das Gelingen der Be-

gegnung und den Schutz der Person. Es konnte immer schief gehen. Das therapeutische Mittel war die Verführung, und in der Verführung steckte der Anreiz zur Übernahme autonomer Verantwortung. Scheherazade ermöglichte einem hart gesottenen, dysphorisch destruktivem Anhedoniker das Vergnügen des gemeinsamen Phantasieraums, der in Abwesenheit der Erzählerin erinnernd weiterleben konnte, und sie ermöglichte das Vergnügen des spielerischen Dialogs mit ernster Basis. Sie überlebte zunächst, weil der König auf diese Genüsse nicht mehr verzichten wollte, sie wurde schließlich für ihn zur Person, weil das, was er genoss, ihn veränderte. Bei diesem therapeutischen Beziehungsmodell – Machtkampf durch Unterlaufen – kommt es also auf die primäre und bedingte Akzeptanz eines imperialen Funktionalisierungsanspruchs an, bei chronischem Risiko einer Attacke auf die therapeutische Arbeit. Maßnahmen des Schutzes der Beziehung, ihrer Wertschätzung, ihres positiven Veränderungspotentials sind zunächst nur durch den Therapeuten zu leisten.

Der Therapeut bietet dem Patienten spannungsregulierende und bewältigungsrelevante Funktionen an und sorgt ebenso für gemeinsames hedonisches Erleben, das für die individuelle Situation des Patienten bedeutsam ist. Diese Episoden hedonischer Begegnung können ein roter Faden werden für die gemeinsame Geschichte, das Beziehungsgedächtnis und die Herausbildung einer Hoffnungsperspektive. Nicht nur im Ödipus-Modell, sondern auch im Scheherazade-Modell wird dem Patienten die Position des kritisch Prüfenden zugewiesen, wird er als Urteilender und als Vertreter von Werten gefragt und gefordert. Dabei geht es darum, seine destruktiven Äußerungen und Handlungen – wie Wut und Entwertung, Hohn und Sarkasmus – nicht nur auf mancherlei Weise zu mildern und zu mäßigen, sondern auch als Stellungnahme wahrzunehmen und so der Artikulation im Dialog zugänglich zu machen.

Das psychoanalytische Zuhören und Mitvollziehen verbaler und handelnder Inszenierungen lässt in den Mitteilungen und Beziehungsäußerungen des Patienten Wunsch-Dramaturgien erschließen. Es handelt sich beispielsweise um ödipale Wünsche, um Autonomiewünsche, um phallisch-narzisstische und narzisstisch-regressive Wünsche nach

Macht und Kontrolle. Der psychoanalytische Therapeut lässt sich mitgestaltend und mitphantasierend auf die Dramaturgie ein, indem er die Nicht-Beliebigkeit der Abläufe und Konstellationen erspürt und anerkennt.

### 3.8 Fazit

---

Der Königsweg zum mentalen Leben verläuft als Herstellung von Gemeinschaft. Wir richten uns als Hörende ein in einer Dramaturgie der Kundgabe mentalen Lebens und nehmen emotional engagiert teil. Das Reden über Lebensrealitäten bedarf – häufig, nicht immer – des Ernstes, des Sich-Stellens, der Umgang mit den für den psychischen Haushalt so notwendigen Wünschen und Wunschvorstellungen des Spielcharakters und des Humors. Diese Kunst des zum Schweben Bringens der Wunschwelt ist ein Teil der therapeutischen Beziehung, der nicht durch ein Training, aber durch den Prozess der psychoanalytischen Selbsterfahrung entfaltet werden kann und dann für die psychoanalytische Praxis außerordentlich fruchtbar wird.

Die therapeutische Beziehung in psychoanalytischer Perspektive ist auf seiten des Therapeuten, Anwalt zu sein für ein glückendes Leben, zugeschnitten auf die subjektive Verfassung des Patienten. Es ist Aufgabe des Therapeuten, die subjektive Konfliktsituation empathisch zu erfassen und in ihrer regressiven wie progressiven Dynamik zu erschließen. Die Konfliktsituation wird zwischen Patient und Therapeut lebendig als Beziehungsdramaturgie, in der wesentliche Wunsch-Anliegen des Patienten in bezug auf seine persönlichen Phantasien und Vorstellungen von Glück, Wohlbefinden, Produktivität, Erfüllung erschließbar werden. Für therapeutisches Gelingen wichtig ist, ob und wie ein gemeinsamer emotionaler Pakt des Kreditierens für das Realisieren der psychischen Anliegen gelingt.

## Literatur

---

- Bauriedl T (1998) Die Triangularität menschlicher Beziehungen und der Fortschritts-  
glaube in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie. In: Bürgin D (Hrsg) Triangu-  
lierung. Der Übergang zur Elternschaft. Schattauer, Stuttgart New York, S 123–140
- Boothe B (1999) Die psychoanalytische Allianzbildung. Anregungen aus der Rechts-  
philosophie. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg) Ethik in der Psychotherapie. Van-  
denhoeck u. Ruprecht, Göttingen, S 87–117
- Boothe B, Heigl-Evers A (1996) Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung. Ernst  
Reinhard, München Basel
- Bowlby J (1995) Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische  
Relevanz. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg) Die Bindungstheorie. Grundlagen,  
Forschung und Anwendung. Klett-Cotta, Stuttgart, S 18–26
- Dornes M (1999) Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre.  
(3. Aufl). Fischer, Frankfurt a M
- Frank J (1997) Die wichtigsten therapeutischen Elemente aller Psychotherapien. In: de  
Schill S, Lebovici S, Kächele H (Hrsg) Psychoanalyse und Psychotherapie: Herausfor-  
derungen und Lösungen für die Zukunft. Thieme, Stuttgart, S 106–124
- Freud S (1905) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW Bd V, S 27–145
- Freud S (1914) Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. GW Bd X, S 125–136
- Freud S (1915) Triebe und Triebchicksale. GW Bd X, S 210–232
- Freud, S (1917) Die analytische Therapie. In Vorlesungen zur Einführung in die Psycho-  
analyse. GW Bd XI, S 466–482
- Grimmer B (2000) Kreditierung in einer psychoanalytischen Psychotherapie. Psycho-  
therapie u. Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitative Forschung 4: 256–277
- Heigl-Evers A (1994) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode zur Behandlung  
strukturell frühgestörter Patienten, expliziert am Vergleich der psychoanalytisch-  
deutenden und der psychoanalytisch-antwortenden Vorgehensweise. In: Heigl-  
Evers A, Günther P (Hrsg) Blick und Widerblick. Vandenhoeck u. Ruprecht, Götting-  
en, S 51–58
- Heigl-Evers A, Boothe B (1997) Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewusste  
Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität (2. Aufl). Hans Huber, Bern
- Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J (1993) Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart
- Kantrowitz J (1998) Ergebnisforschung in der Psychoanalyse: Rückblick und Neube-  
wertung. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U(Hrsg) Psychoanalysen im Rückblick.  
Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnese-forschung. Psy-  
chosozialverlag, Giessen, S 61–71
- Kernberg O (1993) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Hans Huber,  
Bern
- Kernberg O (1999) »Trauer und Melancholie«, 80 Jahre später. Forum der Psychoanalyse  
15: 304–311

- Körner J (1997) Psychoanalytisches Arbeitsbündnis. In: Mertens W (Hrsg) Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart, S 309–314
- Laplanche J, Pontalis, J-B (1996) Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt a. M
- Lear J (1999) Eine Interpretation der Übertragung. *Psyche* 9/10: 1071–1101
- Luborsky L (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie: ein Lehrbuch (2.Aufl.). Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Mertens W (1998) Psychoanalytische Grundbegriffe (2. Aufl.). Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Mertens W, Waldvogel B (2000) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Kohlhammer, Stuttgart
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche* 4: 297–305
- Sandler J, Dreher A (1998) Zum Problem des Behandlungsziels. In Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg) Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung. Psychosozialverlag, Giessen, S 61–71
- Schon L (2000) Triangulierung. In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Kohlhammer, Stuttgart, 732–742
- Senf W, Schneider-Gramann G (1990) Was hilft in der analytischen Psychotherapie? Rückblicke ehemaliger Patienten. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg) Was wirkt in der Psychotherapie? Zur Kontroverse um Wirkfaktoren. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 31–53
- Strauss B (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung. Theorie-Methoden-Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart New York, S 281–291
- Streeck U, Weidenhammer B (1987a) Zum Redeverhalten des Analytikers im Übertragungsgeschehen. *Psyche*, 41, 60–75.
- Streeck U, Weidenhammer B (1987b) Hintergrundannahmen und sprachliche Handlungsmuster des Analytikers bei der Handhabung der Übertragung. *Materialien der Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie* 33(4): 179–195
- Strupp H (1996) Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut* 41: 84–87
- Strupp H (2000) Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 45: 1–9
- Thomä H (1999) Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus. *Psyche* 9/10: 820–872
- von Klitzing K (2002) Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. *Psyche* 9/10: 863–887
- Weiss H (1993) *How Psychotherapy works*. Guilford Press, New York London
- Winnicott D W (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München

# Die therapeutische Beziehung aus systemischer und beziehungsökologischer Sicht

*Jürg Willi*

- 4.1 Die therapeutische Beziehungsgestaltung in der geschichtlichen Entwicklung der systemischen Therapie – 60**
  - 4.1.1 Die Schuldzuweisung an die Eltern in der psychoanalytisch inspirierten Anfangsphase der Familientherapie – 60
  - 4.1.2 Die manipulative therapeutische Beziehungsgestaltung der strategischen Familientherapie – 61
  - 4.1.3 Die hierarchische Up-Position des Therapeuten in der strukturellen Familientherapie – 62
  - 4.1.4 Der Therapeut als Teil des therapeutischen Systems im Mailänder Modell – 63
- 4.2 Die therapeutische Beziehung in unterschiedlichen therapeutischen Settings – 66**
- 4.3 Die therapeutische Beziehung in beziehungsökologischer Sicht – 69**
  - 4.3.1 Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten – 70
  - 4.3.2 Krisen in der Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses – 72
  - 4.3.3 Der für den Patienten anstehende Entwicklungsschritt bildet sich in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ab – 73
  - 4.3.4 Wechselwirkungen der therapeutischen Beziehung und der Partnerbeziehung des Patienten – 74
  - 4.3.5 Therapeutische Kollusionen – 75
  - 4.3.6 Therapeutische Koevolution – 77
- 4.4 Zusammenfassung – 79**
- Literatur – 80**

- **Therapeutische Beziehung**« ist kein Stichwort der systemischen Therapie (Simon et al. 1999, Familiendynamik Registerheft 1976–1995). Dennoch hat die systemische Therapie wichtige Beiträge zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung geleistet, insbesondere zum Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses (therapeutisches System). Die ökologische Psychotherapie (Willi, 1996), welche die systemische Sicht ergänzt, beachtet den Entwicklungsaspekt der Person in ihren Beziehungen und behandelt die therapeutische Beziehung als therapeutische Kollusion (Willi, 1978) und therapeutische Koevolution (Willi, 1996).

## 4.1 Die therapeutische Beziehungsgestaltung in der geschichtlichen Entwicklung der systemischen Therapie

---

### 4.1.1 Die Schuldzuweisung an die Eltern in der psychoanalytisch inspirierten Anfangsphase der Familientherapie

---

In den fünfziger bis in die siebziger Jahre war die Meinung weit verbreitet, dass das entwicklungsgestörte Kind Opfer der krankmachenden Einflüsse der Eltern, besonders der Mutter sei, ja, dass die Eltern sich selbst oder ihre Ehe im Gleichgewicht halten, in dem sie ihre Kinder krank und verrückt machen (»crazy driving« nach Searles, 1959). Sie verschaffen sich damit eine sinnstiftende gemeinsame Aufgabe und halten gleichzeitig das Kind von sich abhängig. Die Ursache der Krankheit des Kindes wurde im Verhalten der Eltern gesehen. Die Eltern galten als die eigentlich Kranken, die somit auch im Zentrum der Bemühungen der psychoanalytisch orientierten Familientherapie standen. Offen oder verdeckt wurden die Eltern von den Therapeuten für die Krankheit der Kinder verantwortlich gemacht, doch die Eltern zeigten sich unzugänglich und verharren meist in selbstgerechter Abwehr und starrer Rechtfertigung. Manche Therapeuten sahen sich veranlasst, die Eltern mit der Pathologie ihres Verhaltens konfrontieren zu müssen. In unkontrollierter »Gegenübertragung« glaubten sie die besseren Eltern zu sein als die wirkli-

chen Eltern. Erst später lernten sie wahrzunehmen, dass die Eltern für ihre Kinder unersetzbar sind, und dass die Abwehrhaltung der Eltern maßgeblich gefördert wurde durch die mit ihnen rivalisierenden Therapeuten.

#### **4.1.2 Die manipulative therapeutische Beziehungsgestaltung der strategischen Familientherapie**

---

Angesichts des unüberwindlich erscheinenden Widerstandes der Eltern entwickelte sich vor allem unter dem Einfluss der Palo Alto-Gruppe mit Jay Haley, John Weakland und Paul Watzlawick die strategische Familientherapie (Haley 1977). Mittels Tricks und Manipulationen suchte man den Widerstand der Eltern elegant zu unterlaufen oder sie in Analogie zu Jiu-Jitsu-Techniken zu überrumpeln. Besonderes Aufsehen erregten die paradoxen Interventionen, insbesondere die Symptomverschreibung: Der Familie wird geraten, das Symptom zu behalten, weil die Beibehaltung des Symptoms eine wichtige Funktion für die Aufrechterhaltung des familiären Gleichgewichts habe. Damit hofft man, die Eltern in ihrem Therapiewiderstand in ein nicht lösbares Dilemma zu versetzen: Wollten sie das Symptom erhalten, so folgen sie der Anweisung des Therapeuten und anerkennen implizite dessen Interpretation. Gibt die Familie das Symptom jedoch auf, so hat sie den therapeutischen Ratschlag zwar missachtet, ist aber gesund geworden. Die paradoxe Intervention diente dazu, die krankmachenden familiären Spiele zu entlarven, indem sie deren Fortsetzung verschreibt.

Nichts hat die systemische Therapie so sehr in Misskredit gebracht wie die paradoxen Interventionen. Die Therapeuten, ärgerlich über ihre therapeutische Ohnmacht, konnten sich ergötzen an der Konfusion, die sie in der Familie mit ihren Interventionen anrichteten. Die Familien wandten sich oft konsterniert an den zuweisenden Hausarzt oder an andere Berater, bei denen der Bericht über die paradoxe Intervention meist ebenfalls verständnisloses Kopfschütteln auslöste. Oft blieben die Familien weiteren Sitzungen fern. Erfahrene Pioniere

der paradoxen Intervention wie etwa Mara Selvini-Palazzoli nahmen später von paradoxen Techniken Abstand, die sie früher selbst propagiert hatten. Es wurde erkannt, dass paradoxe Interventionen nicht angewendet werden sollten, um dem Ärger und der Frustration des Therapeuten Luft zu verschaffen oder die therapeutische Überlegenheit über die Familie zu erringen. Später wurden paradoxe Techniken wesentlich verfeinert, besonders im Mailänder Modell und von der Heidelberger Gruppe.

### 4.1.3 Die hierarchische Up-Position des Therapeuten in der strukturellen Familientherapie

---

Eine klare und eindeutige innerfamiliäre Hierarchie wurde von Salvador Minuchin (1974) als Voraussetzung familiären Funktionierens angesehen. Die Rollenumkehr zwischen Eltern und Kindern (Parentifikation) wurde als Ursache familiärer Störungen betrachtet. In gestörten Familien fallen die unklaren Abgrenzungen zwischen den familiären Subsystemen auf, insbesondere als Enmeshment (Verfälschung). Es fehlen zwischen Eltern und Kindern klare und verlässliche Abgrenzungen und Beziehungsdefinitionen. Eltern wollen den Kindern nicht Eltern sein, sondern Freunde und Kameraden. Sie überfordern die Kinder dadurch, dass sie ihnen keine Grenzen setzen und ihnen zuviel Autonomie zubilligen. Kinder benötigen von ihren Eltern Orientierung und Ordnungen des Zusammenlebens. Minuchin versuchte die Eltern zu veranlassen »sich wieder ans Steuer der Familie zu setzen«. Minuchin forderte auch im therapeutischen System eine klare Hierarchie. Der Therapeut müsse fähig sein, im therapeutischen System eine hierarchisch übergeordnete Position zu erreichen, die es ihm ermögliche, therapeutisch zu intervenieren. Dazu müsse es dem Therapeuten gelingen, ins familiäre System aufgenommen zu werden. Er entwickelte die Technik des Joining, um ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit der Familie zu erreichen. Der Therapeut gewinnt Einfluss auf die Familie, indem er deren Sprache lernt, indem er geltende Hierarchien und Wertvorstellungen respektiert, randständige Familienmitglieder in ihrem Selbstwertgefühl bestätigt und weiß, dass eine

Familie nicht von außen, sondern nur von innen verändert werden kann. So übernimmt der Therapeut in einer Expertenrolle allmählich die Führung in der Familie. Sein Verhalten ist aktiv-direktiv und autoritär. Durch Veränderung der Sitzordnung etwa macht er bestehende Koalitionen und Regeln in der Familie sichtbar und verändert sie, er stützt gewisse Familienmitglieder und bringt andere aus dem Gleichgewicht: er differenziert die familiären Subsysteme und unterscheidet die Verantwortung, welche herangewachsene Kinder im Unterschied zu jüngeren Geschwistern übernehmen können.

#### **4.1.4 Der Therapeut als Teil des therapeutischen Systems im Mailänder Modell**

---

Die Mailänder Gruppe mit Luigi Boscolo und Gianfranco Cecchin (1988) kritisierte die feindselige Haltung des Palo Alto-Modells. Klienten und Therapeuten würden beschrieben, als ob sie Gegner wären. Die Terminologie sei der Sprache des Kalten Krieges entlehnt. Es gehe um Strategien, Manöver, verdeckte Operationen, Manipulationen und Tricks oder darum, sich als Guerilla in die Familie einzuschleusen. Mit kreativen Täuschungsmanövern soll der Widerstand der Familie umgangen werden. »Die paradoxe Verschreibung wurde bevorzugt, weil sie der Familie keine Möglichkeit ließ, sich einem Therapeuten zu widersetzen, der sie aufforderte, das Verhalten weiterhin zu zeigen, das sie bereits an den Tag legten – es sei denn, sie gäben dieses Verhalten auf....«

Wie aber kann der Therapeut mit der Schwierigkeit umgehen, entweder von der Familie ausgeschlossen zu bleiben oder von ihr aufgesogen zu werden? Der Therapeut droht von der Dramatik familiärer Ereignisse mitgerissen zu werden und in spontaner Sympathie Partei zu ergreifen und sich zum Anwalt jener Familienmitglieder zu machen, denen er beistehen zu müssen glaubt. Um dem Therapeuten mehr therapeutische Unabhängigkeit und Neutralität zu ermöglichen, wurden die Familiensitzungen auf Video aufgenommen. Das ermöglichte in der Supervision die Interaktion zwischen Therapeut und Familie viel genauer wahrzunehmen und zu korrigieren. Oder die Sitzungen

wurden in Co-Therapie geführt, wobei der Therapeut gecoach oder zumindest durch den Co-Therapeuten hinter der Einwegscheibe beobachtet wurde. Damit wird es der Familie erschwert, den Therapeuten zum Mitagieren zu verführen. Das Setting mit dem teilnehmenden Beobachter hinter der Scheibe wurde zur eigentlichen therapeutischen Technik ausgearbeitet, die wesentlich mehr Flexibilität der Interventionen ermöglichte. Der Co-Therapeut hinter der Scheibe telefonierte ins Therapiezimmer, um den Therapeuten auf gewisse Interaktionen hinzuweisen und ihm Anregungen für Interventionen zu geben. Oder der Therapeut unterbrach die Therapiesitzung, um sich hinter der Scheibe mit dem Co-Therapeuten zu beraten. Manchmal kehrte er in die Sitzung zurück, um der Familie einen respektlosen Interventionsvorschlag des Co-Therapeuten mitzuteilen, wobei der Therapeut selbst sich vordergründig mit dem Widerstand der Familie verbündete, den Vorschlag aber dennoch mit der Familie diskutierte.

Die therapeutische Beziehung wurde von der Mailänder Gruppe auch wissenschaftstheoretisch bearbeitet. Dabei war insbesondere die Unterscheidung der Kybernetik 1. und 2. Ordnung wichtig. Gemäß der Kybernetik 1. Ordnung versucht der Therapeut die Familie als kybernetisch sich regulierendes System »objektiv« von außen zu beobachten, die gestörte Familie zu diagnostizieren, das Problem valide zu identifizieren und es mit zielgenauen Interventionen zu treffen. Der Physiker Heinz von Foerster (1974) hat dann die Kybernetik 2. Ordnung in die Systemtheorie eingeführt, der gemäß es keine beobachterunabhängige Feststellungen gibt. Für die Therapie bedeutete das, die Illusion einer objektivistischen Haltung aufzugeben. Der Therapeut ist nicht ein außenstehender Beobachter der Familie, er ist vielmehr ein Element des therapeutischen Systems oder Problemsystems, das alle jene Menschen umfasst, die am gemeinsamen Problem und dessen Lösung beteiligt sind. Indem der Therapeut die Familie »beobachtet«, verändert er sie, indem die Familie den Therapeuten »beobachtet«, verändert sie ihn.

Das veränderte das Selbstverständnis des Therapeuten. Der Therapeut ist nicht weiterhin der Experte, der weiß, welches die richtigen Lösungen für die Familie sind. Der Therapeut kann der Familie

Änderungen nicht aufoktroieren, er vermag höchstens familiäre Beziehungsmuster zu verstören und Änderungen anzuregen. Es ist aber immer die Familie als autopoietisches System, welche ihre Beziehungsmuster organisiert. Der Therapeut kann durch Umdeutungen und Neubewertungen die familiären Optionen erweitern und Lösungsmöglichkeiten anregen. Initiative, Aktivität und Verantwortung für Änderungen oder Nichtänderung familiären Verhaltens bleiben bei der Familie.

In der geschichtlichen Entwicklung der systemischen Therapie hat sich also die therapeutische Beziehung verändert: Angesichts des starken Widerstandes der Eltern in der Familientherapie, verlegte sich der Therapeut zunächst auf ein vorwurfsvolles Aufzeigen des Machtmissbrauches der Eltern; es folgte eine Phase, in welcher der Therapeut eine Machtstellung über die Familie zu erlangen suchte, entweder offen und direkt oder verdeckt mit Manipulationen. Im Mailänder Modell verzichtet der Therapeut auf die Position eines Experten, er nimmt nicht in Anspruch, die richtigen Lösungen familiärer Probleme zu kennen, sondern verlegt sich darauf, die Familie anzuregen, ihre Optionen für die Gestaltung der familiären Wirklichkeit zu erweitern und sich neue Möglichkeiten für das familiäre Zusammenleben zu erschließen.

Die therapeutische Beziehung wurde aber auch erweitert durch den Einbezug all jener Personen, die am Problemsystem beteiligt sind. Dazu gehören nicht nur Familienmitglieder sondern auch andere Helfer, wie Hausärzte, Lehrer, Freunde und andere Therapeuten, die oftmals einen maßgeblichen Einfluss auf die Familie ausüben und nicht selten mit dem systemischen Therapeuten rivalisieren. Es gilt deshalb, den Zuweisungskontext zu explorieren und die Frage zu stellen, wer für die Familie früher oder aktuell als Berater tätig ist. Es besteht die Gefahr, dass verschiedene Ratgeber die therapeutische Problematik unterschiedlich sehen und dass sie sich in ihren Bemühungen konkurrieren, neutralisieren und entwerten. Der Therapeut ist eventuell mit sehr unterschiedlichen Therapieaufträgen konfrontiert. Ist er in einer Institution tätig, kann er mit seiner systemischen Sicht eventuell in Konflikt mit der Sichtweise seiner Vorgesetzten geraten. Schwierig-

4 ge Situationen können etwa zwischen dem Familientherapeuten und Einzeltherapeuten entstehen, aber auch zu allfälligen medizinischen oder psychologischen »Koryphäen«, die im Hintergrund die Einstellungen der Familie beeinflussen. Leicht gerät der Therapeut in Befangenheit, wenn er oder die Leitung der Institution, in der er tätig ist, diesen mit therapeutischen Leistungen imponieren möchte, bzw. wenn die Familie den Therapeuten laufend mit den Meinungen dieser Experten konfrontiert.

#### 4.2 Die therapeutische Beziehung in unterschiedlichen therapeutischen Settings

---

Systemische Therapeuten sind gewohnt, in verschiedenen Settings zu arbeiten, im Einzel-, Paar- oder Familiensetting, bzw. im flexiblen Wechsel zwischen diesen (Willi, 1996). Das Setting der Einzeltherapie bietet dem Patienten eine geschützte Gesprächssituation. Was der Patient dem Therapeuten sagt, so beschämend und regressiv es sein mag, der Patient kann darauf zählen, dass das Gesagte keine direkte Auswirkung auf seine Alltagswelt haben wird. Im Paarsetting dagegen wird mit jedem Wort etwas in die Welt gesetzt, das nicht mehr ungeschehen gemacht und einem vom Partner außerhalb der Sitzung immer wieder vorgehalten werden kann. Der Therapeut muss sich deshalb im Mehrpersonensetting wesentlich aktiver und direkter verhalten als im Setting der Einzeltherapie. Er muss auf der einen Seite das therapeutische Geschehen so weit im Griff behalten, dass es nicht destruktiv entgleist, er muss auf der anderen Seite den Patienten ermöglichen, offener miteinander zu sprechen. Bleibt der Therapeut passiv, so entwickelt sich der Streit zwischen den Partnern in ähnlicher Weise wie zuhause, was die Klienten dem Therapeuten zum Vorwurf machen. Offenheit soll immer nur so weit angeregt werden, wie sie vom Partner verkräftet werden kann. Mit Hilfe des Therapeuten sollen die Patienten lernen, Offenheit zu kombinieren mit Respekt und mit der Begründung negativer Gefühle in der eigenen Betroffenheit und Verletzung. Der Therapeut ist hier oft in der Funktion des Übersetzers und Umformulierers.

Ein wichtiger Unterschied zwischen dem Setting der Einzeltherapie und jenem der Paartherapie liegt in der Intimität der therapeutischen Beziehung. Im Einzelsetting hat der Patient während der Sitzung den Therapeuten ganz und ungeteilt für sich. Der geschützte Rahmen und das weniger direktive, empathische Zuhören des Therapeuten unterstützt den Klienten darin, sich schrittweise zu öffnen und in den therapeutischen Prozess einzulassen. Bei hoher Sitzungsfrequenz und langer Dauer der Therapie kann es zu starken emotionalen Bindungen des Patienten kommen. Der Therapeut wird für den Klienten oft zur wichtigsten Bezugsperson, während sein Partner von der therapeutischen Intimität ausgeschlossen ist. Das Paarsetting ermöglicht demgegenüber weit weniger Intimität in der therapeutischen Beziehung. Dadurch, dass der Therapeut beiden Klienten gerecht werden muss, entwickelt sich keine exklusive Zweierbeziehung zwischen Therapeut und Patient. Schwierig zu handhaben ist in der Paartherapie nicht so sehr die »Übertragung«, sondern eher die »Gegenübertragung«, d.h. die gefühlsmäßige Beziehung des Therapeuten zu den beiden Klienten.

Häufige Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung der Paartherapie liegen in einer ebenbürtigen Zuwendung des Therapeuten zu beiden Klienten und in der Fähigkeit, beide Klienten in gleichem Maße zu persönlichen Veränderungen in der Therapie herauszufordern. Abhängigkeiten und Ablösungsprobleme des Patienten bilden sich in der Paartherapie weit seltener als in der Einzeltherapie.

*Der Wechsel des Settings von der Einzeltherapie zur Paartherapie verändert die therapeutische Beziehung für die drei davon Betroffenen in grundlegender Weise. Der Primärpatient verliert die Exklusivität der Beziehung zum Therapeuten, der ihm in der Einzelsitzung ungeteilt zur Verfügung steht. Der Patient muss sich in seinen oft emotionsgeladenen Beschreibungen seines Partners stärker an die Realität halten und in all seinen Äußerungen die Reaktionen des Partners mitbedenken. Der Patient kann weniger regredieren und muss seine Emotionen stärker kontrollieren. Das Gespräch mit dem Therapeuten vertieft sich weniger in sein Innenleben, in seine Träume, Fantasien und Wünsche, sondern konzentriert sich stärker auf die Interaktio-*

4  
nen und das Verhalten. Für den dazustößenden Partner entsteht eine neue Situation insofern, als er sich bisher aus der therapeutischen Beziehung ausgeschlossen gefühlt hatte, nicht wusste, was sein Partner mit dem Therapeuten besprach und über ihn berichtete und wie der Therapeut darauf reagierte. Er kann befürchten, zwischen Therapeut und Primärpatient bestehe eine Allianz gegen ihn und er stehe in der Situation des Angeklagten. Jetzt, wo seine Teilnahme gewünscht wird, befürchtet er zum Haupt-Patienten gemacht zu werden. Der Therapeut verändert beim Wechsel von der Einzel- zur Paartherapie seine Stellung vom bisher empathisch sich verhaltenden, oft idealisierten Zuhörer zum Coach, dessen Aufgabe es ist, beiden Partnern gerecht zu werden, Zuwendung und Distanzierung zu den Partnern auszubalancieren, das Gespräch zu strukturieren und immer wieder den Ausgleich zu schaffen. Er muss sich mit seinen Sympathien stärker zurückhalten und kann sich weniger in das Innenleben der Patienten versenken, sondern muss sich auf das Wechselspiel der Partner konzentrieren.

*Unterschiede der therapeutischen Beziehung im Einzelsetting zum Familiensetting* liegen vor allem darin, dass der Therapeut in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen leicht in Konkurrenz mit den Eltern gerät. Die Versuchung ist groß, sich mit dem Kind zu identifizieren und zu glauben, man müsse an seiner Stelle gegen die Eltern kämpfen oder versuchen, das Kind aus dem Einflussbereich seiner Eltern zu lösen. Es ist das Verdienst von Ivan Boszormenyi-Nagy (1973 / 1981) auf die Fairness und die tiefen Loyalitätsbindungen von Jugendlichen zu ihren Eltern hingewiesen zu haben. In der Familientherapie oder Elterntherapie wird von systemischen Therapeuten versucht, die Kompetenz der Eltern zu fördern und ihre Autorität in der Familie zu stärken. Der Therapeut hält sich als »Experte« bewusst zurück und vermeidet es, die Eltern durch Übernahme von Elternfunktionen vor den Kindern zu diskreditieren.

Die systemische Therapie hat sich intensiv mit der *Neutralität des Therapeuten* befasst. Neutralität ist gemäß der Mailänder Gruppe (Boscolo et al. 1988, S. 23) im Laufe der Sitzung erreicht, wenn kein Familienmitglied angeben kann, der Therapeut habe sich auf irgendei-

ne Seite gestellt. Helm Stierlin (1978) spricht von »Allparteilichkeit«. Ich selbst bevorzuge den Begriff »*ausgleichende Parteilichkeit*« (Willi 1978), weil der Therapeut oft überfordert ist, allen Anwesenden zu jeder Zeit Sympathie und Verständnis entgegen zu bringen. Der Therapeut sollte jedoch seine einseitige Parteinahme wahrnehmen und fähig sein, sich mit »unsympathischen« Klienten so auseinander zu setzen, dass er auch für diese Sympathie und Wertzuschätzung zu gewinnen vermag. Das ist in der Paar- und Familientherapie oftmals nicht leicht, insbesondere, wenn man mit Vorkommnissen konfrontiert wird, die moralisch verwerflich sind, wie Inzest, Gewalt oder Lügengeschichten. Es ist der systemischen Therapie auch oft vorgeworfen worden, dass mit dem Bemühen um Neutralität eine Form von Unverbindlichkeit und moralischer Beliebigkeit entsteht, welche von den »Tätern« als Rechtfertigung ihres Tuns verstanden werden könnte. Die Annahme der zirkulären Verursachung familiären Verhaltens, mit welcher systemische Therapeuten arbeiten, lässt leicht den Eindruck entstehen, man halte für begangene Straftaten alle Familienmitglieder in gleichem Maße verantwortlich. Wenn auch das Verhalten der Partner oder Familienmitglieder sich wechselseitig beeinflusst, ist letztlich doch jeder für sein Verhalten selbst verantwortlich. Alles zu verstehen darf nicht heißen, alles zu entschuldigen.

#### 4.3 Die therapeutische Beziehung in beziehungsökologischer Sicht

---

Die systemische Therapie fokussiert auf die Beziehungen im therapeutischen System, auf deren Muster, Regeln und Organisation. In beziehungsökologischer Sicht (Willi, 1996) steht die Entwicklung und Verwirklichung der Person durch das Gestalten ihrer Beziehungen im Zentrum des Interesses. Die Person entwickelt sich koevolutiv mit anderen Personen, durch die sie in ihrem Wirken beantwortet, herausgefordert, unterstützt und strukturiert wird, bzw. durch die sie sich in ihrer Entfaltung behindert, entwertet oder missverstanden fühlt. Die Person steht ständig in Beziehungsarbeit. Sie entfaltet sich in der Gestaltung ihrer Beziehungsumwelt zur persönlichen Nische. Selbst-

verwirklichung wird als Verwirklichung des persönlichen Potentials in der Umwelt verstanden. Wenn angenommen wird, dass die Person sich im Gestalten ihrer Beziehungen entwickelt, so ist die Entwicklung des Patienten in der therapeutischen Beziehung von besonderer Bedeutung.

### 4.3.1 Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten

---

Die therapeutische Beziehung wird nicht nur durch den Therapeuten, sondern ebenso durch den Patienten aktiv gestaltet. Weit mehr als in der Arzt-Patient-Beziehung steht der Patient in der Psychotherapie dem Eingehen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses oder dem Akzeptieren der Patientenrolle ambivalent gegenüber. Psychotherapie und Psychotherapeuten stehen gesellschaftlich oft in einem zweifelhaften Ruf. Der Patient ist verunsichert, ob er den richtigen Therapeuten, bzw. die richtige Therapierichtung gewählt hat. Psychotherapie mobilisiert tiefe regressive Wünsche, aber auch tiefe Ängste, sich abhängig zu machen, die Verantwortung für das eigene Leben dem Therapeuten zu übergeben, sich passiv seiner Führung zu überlassen und sich ihm auszuliefern. Oft ist der Therapeut die erste und einzige Person, der ein Patient soviel von seinem intimen Leben berichtet. Es kann vorkommen, dass im Patienten starke Liebesgefühle zum Therapeuten entstehen und Wünsche aufkommen, mit dem Therapeuten private Beziehungen einzugehen.

Andererseits entstehen immer wieder Phasen, in denen der Patient sich der fortbestehenden Kontrolle über das therapeutische Geschehen versichern will. Er möchte sicher sein, dass er sich dem Therapeuten nicht bedingungslos unterwirft, sondern sich als ebenbürtiger Partner zu behaupten vermag. Er möchte sicher sein, dass er die Entscheidungsbefugnis in eigenen Händen hält, wie schnell er therapeutische Veränderungen zulassen will, und ob und wie lange er die Therapie weiter führen will. Nicht selten entstehen in verdeckter Form zwischen Therapeut und Patient Machtkämpfe, besonders dann, wenn der Therapeut einen Expertenstatus anstrebt.

Sampson und Weiss (1986) haben beschrieben, wie der *Patient den Therapeuten teste*, ob er seiner Kompetenz vertrauen könne, oder ob der Therapeut sich so verhalte, dass die früheren Beziehungsschwierigkeiten sich auch mit ihm wiederholen. Der Patient lädt den Therapeuten verführerisch ein, sich im Sinne seiner Befürchtungen zu verhalten. Der Therapeut soll also in überlegter Weise auf die Beziehungsangebote des Patienten reagieren. Wenn der Therapeut den Test besteht und sich im Sinne der Entkräftung der Befürchtungen des Patienten verhält, kann eine vertrauensvolle Beziehung entstehen, die gleichzeitig eine wichtige korrigierende emotionale Erfahrung in der Beziehungsgestaltung sein kann.

Ein Sonderfall dieses Tests betreffen *sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie*. In ethischer Hinsicht ist der Tatbestand klar. Es liegt in der Verantwortung des Therapeuten, sexuelle Beziehungsbereitschaften des Patienten nicht auszunutzen. In der gegenwärtigen, emotionsgeladenen gesellschaftlichen Diskussion sexueller Übergriffe in der Therapie wird m.E. der Machtmissbrauch des Therapeuten zu einseitig gesehen. Von der Beziehungsdynamik her gesehen ist folgender Ablauf häufig: Die Patientin verliebt sich in den Therapeuten, dem sie ihr Innerstes offenbart hat. Sie möchte mit dem Therapeuten eine private Beziehung. Sie möchte damit das Gefälle der Therapeut-Patient-Beziehung überwinden, aus der Patientenrolle hinaustreten und vom Therapeuten als gleichgestellte Partnerin wahrgenommen werden. Indem der Therapeut sich sexuell mit der Patientin einlässt, verliert er seine therapeutische Rolle und zerstört die therapeutische Arbeitsbeziehung. Er liefert sich damit der Patientin aus, die ihn nun in der Hand hat. Sie kann Strafklage gegen ihn einreichen, ihn in der Öffentlichkeit bloßstellen oder seine Partnerin orientieren. Obwohl die Patientin ev. eine persönliche Bestätigung erfährt, wenn es ihr gelungen ist, den Therapeuten aus seiner beruflichen Reserve herauszulocken, ist sie gleichzeitig meist über den Therapeuten enttäuscht und wütend darüber, dass er nicht genügend stark war, das therapeutische Setting zu verteidigen. Die Voraussetzungen für eine geordnete Fortführung der Therapie sind dadurch in der Regel zerstört. Da es in der Therapie besonders häufig zu sexuellen Übergriffen auf Frauen mit

Inzesterfahrung kommt, liegt hier ein besonders krasses Beispiel des Nichtbestehens des therapeutischen Beziehungstests nach Sampson und Weiss vor.

### 4.3.2 Krisen in der Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses

---

Gerät eine Therapie in eine Krise, so sind folgende, allgemein wichtige Gesichtspunkte für die Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses speziell zu beachten:

- **Aufrechterhalten einer klar definierten Rollenbeziehung:**  
Die therapeutische Beziehung ist eine professionelle Arbeitsbeziehung und nicht eine private Freundschaft, auch wenn freundschaftliche und erotische Gefühle zwischen Therapeut und Patient häufig auftreten. Es liegt in der Verantwortung des Therapeuten, auf das Innehalten der Rollen des Therapeuten und des Patienten bedacht zu sein und diese Rollen zu verteidigen gegenüber Aufweichtendenzen, mit welchen die Patienten den Therapeuten auf seine Standfestigkeit prüfen wollen. Es liegt jedoch nicht im Zuständigkeitsbereich des Therapeuten, die Verantwortung für das Gelingen der Therapie alleine zu übernehmen.
- **Auftragsklärung:**  
Gerät eine Therapie in eine Krise, ist mit dem Patienten zu klären, was Ziel und Auftrag der Fortsetzung der Therapie sein soll. Auftraggeber ist der Patient. Auch wenn der Therapeut klare Ziele für eine Therapie sieht, die vom Patienten jedoch nicht erwünscht oder akzeptiert werden, muss der Therapeut den Entscheid dem Patienten überlassen. Der Therapeut ist aber frei, zu prüfen, ob der Auftrag und die Erwartungen des Patienten mit seinem therapeutischen Arbeitsverständnis kompatibel ist. Er kann eine Therapie ablehnen, wenn dies nicht der Fall ist.
- **Transparenz des therapeutischen Prozesses:**  
Im Sinne von Standortgesprächen soll der Therapeut mit dem Patienten über den bisherigen therapeutischen Prozess reflektieren (metakommunizieren). Er soll den Patienten fragen, wo er therapeutische Fortschritte feststellt und wo die Therapie stagniert, was der Thera-

peut und was der Patient zur Überwindung der Stagnation beitragen könnte, und welche weiteren Schritte in der Therapie ins Auge zu fassen sind.

- Handhabung des therapeutischen Settings:  
Durch die entsprechende Gestaltung der therapeutischen Rahmenbedingungen kann eine maligne Regression und Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten verhindert werden, insbesondere durch Vergrößerung der Sitzungsintervalle. Durch Beizug des Partners kann verhindert werden, dass zwischen Patient und Therapeut eine ungute Nähe auftritt oder sich eine erotisch gefärbte Allianz unter Ausschluss des Partners bildet.

#### **4.3.3 Der für den Patienten anstehende Entwicklungsschritt bildet sich in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ab**

---

Die beziehungsökologische Fallkonzeption lässt sich sowohl für die Einzel- wie für die Paar- und Familientherapie anwenden. Sie gründet auf der These, dass die aktuelle Krise, bzw. psychische Störung aufgetreten ist, weil eine anstehende Entwicklung in der Gestaltung der Beziehungen bisher vermieden worden war. Im zeitlichen Vorfeld der Krise, bzw. der psychischen Störung haben sich die Lebensumstände dann so verändert, dass der Vollzug dieses Schrittes notwendig geworden ist, eines Schrittes, der mit Ängsten und Risiken betreffend seiner Konsequenzen für die Beziehungen verbunden ist. Nicht selten überträgt nun der Patient, besonders in der Einzeltherapie, das Problem der anstehenden Entwicklung auf die Gestaltung der Beziehung zum Therapeuten. Damit bietet sich für den Patienten die Möglichkeit, in der Beziehung zum Therapeuten eine korrigierende, emotionale Erfahrung (Alexander und French, 1946) zu machen. Der Therapeut sollte wahrnehmen, wie der Patient sein Beziehungsproblem in die therapeutische Beziehung hineinträgt. Der Therapeut kann sich in Übereinstimmung mit dem als Fokus formulierten Entwicklungsschritt so verhalten, dass der Patient seinerseits zur Änderung seines Verhaltens veranlasst wird. Wenn beispielsweise der Therapeut vom

4

Patienten dazu gebracht wurde, sich für den therapeutischen Prozess überverantwortlich zu machen und das Gespräch mit Fragen und therapeutischen Themen in Gang zu halten, kann er durch mehr Zurückhaltung und durch Aushalten von Schweigepausen dem Patienten mehr Aktivität und ein autonomeres Gesprächsverhalten abfordern. Der Therapeut kann aber auch im Sinne der experiential confrontation (Grawe 1997, S. 132) den Patienten mit seinem gerade stattfindenden Erleben und Verhalten konfrontieren. Das ist eine sehr wirksame Intervention, um beim Patienten ein neues Bewusstsein für seine Beziehungsgestaltung zu schaffen. Im Unterschied zur Übertragungsanalyse der Psychoanalyse würden wir dabei die Probleme in den Alltagsbeziehungen nicht so sehr auf die therapeutische Beziehung übertragen, sondern umgekehrt die Probleme in der therapeutischen Beziehung als Exempel für die Probleme in den Alltagsbeziehungen beleuchten.

#### 4.3.4 Wechselwirkungen der therapeutischen Beziehung und der Partnerbeziehung des Patienten

---

Paarkonflikte können manchmal besser in einer Einzeltherapie bearbeitet werden als in einer Paartherapie. Wenn der Patient dem Therapeuten gegenüber über das Verhalten seines Partners klagt, treten beim Therapeuten oft ähnliche Gefühle und Reaktionsbereitschaften auf, wie der Patient sie seinem Partner vorwirft. Der Therapeut kann also seine Person als diagnostisches Instrument des Partnerkonfliktes einsetzen oder sich sogar als Vertreter des Partners artikulieren und den Patienten mit seinen Gefühlsreaktionen konfrontieren. Er kann fragen, was der Partner, wenn er anwesend wäre, zu den vorgetragenen Vorwürfen sagen würde und welche Gefühle ihn vermutlich bewegen würden. Seine eigenen Gefühlsreaktionen können dem Therapeuten helfen, herauszuspüren, wieweit der Patient sich in seinen Partner einzufühlen vermag und wo er den Patienten zu Ergänzungen anregen könnte. Mit dieser Technik kann sich der Patient oft im geschützten Rahmen des Einzelgesprächs leichter mit seinem Beitrag zum Paarkonflikt auseinander setzen als im Paargespräch, wo er sich weit mehr zu Rechtfertigung und Verteidigung veranlasst fühlt.

### 4.3.5 Therapeutische Kollusionen

---

Kollusive Beziehungen, wie ich sie in meinen Büchern »Die Zweierbeziehung« (1975) und »Therapie der Zweierbeziehung« (1978) beschrieben habe, treten zwischen Therapeut und Patient vor allem dann auf, wenn unreife Entwicklungsbereitschaften des Patienten sich mit korrespondierenden Entwicklungsbereitschaften des Therapeuten verbinden. Wie alle Vertreter von Helferberufen kann der Therapeut vor allem auf das Angebot zu einer Helferkollusion (orale Kollusion) ansprechen. Der Patient offeriert dabei die Bereitschaft zu hilflosem Verhalten und versucht, die verantwortlichen Helferfunktionen ganz dem Therapeuten zuzuschieben. Der Therapeut seinerseits springt zur Überkompensation eigener Selbstwertzweifel in besonderer Weise auf dieses Angebot an, um sich als Helfer zu profilieren. Die Kollusion vermittelt den beiden Betroffenen ein Gefühl besonderer Nähe und sinnstiftender Exklusivität ihrer Beziehung. Die Gefahr besteht darin, dass beide mit ihrem Rollenanteil überidentifiziert sind, sich in ihrer Funktion unentbehrlich fühlen und unbewusst, oder zumindest unausgesprochen glauben, exklusiv für einander bestimmt zu sein. Eine freie, unabhängige Entwicklung des Patienten im Rahmen der Therapie würde den Bestand der Kollusion gefährden. Durch die übertriebene Hilfe wird der Patient hilflos gehalten.

Weitere Kollusionsangebote können etwa sein:

- die Bereitschaft des Patienten, eine abhängige Position einzunehmen und einen Therapeuten zum Führer zu machen im Kampf gegen seine Feinde und Unterdrücker (anal-sadistische Kollusion). Die Gefahr besteht, dass der Patient von der Abhängigkeit von den Eltern in die Abhängigkeit zum Therapeuten wechselt.
- die Bereitschaft des Patienten, den Therapeuten zur Koryphäe und zum superpotenten Therapeuten empor zu stilisieren, der sich wohlthuend unterscheidet von früheren Therapeuten, die in ihren Bemühungen allesamt gescheitert sind. Der neue Therapeut wird mit Vorschusslorbeeren eingedeckt (phallische Kollusion). Die Therapie scheitert erneut, wenn der narzisstisch aufgeblähte Therapeut sich für den therapeutischen Erfolg überverantwortlich macht.

- Indem der Patient sich dem Therapeuten als besonders schüchtern, zerbrechlich und zart besaitet anbietet, weckt er im Therapeuten zärtliche Beschützerinstinkte. Er glaubt, durch das Sich-Einschwingen in eine ungetrübte Harmonie dem Patienten ein neues Leben schenken zu können, ein zartes Pflänzchen zu hegen, das vor allen »Umweltbelastungen« zu bewahren sei. Die therapeutische Beziehung gewinnt dabei einen mystischen Charakter, sie ist ein Geheimnis, das von niemandem, auch nicht von Supervisoren, wirklich verstanden werden könne (narzisstische Kollusion). Die Gefahr besteht, dass dem Patienten keine Auseinandersetzungen zugemutet werden und die Therapie ineffektiv bleibt.

Derartige Kollusionen wurden von mir (Willi 1975) als progressiv-regressive Rollenpolarisierung beschrieben: Die progressive, pseudoerwachsene oder pseudoüberlegene Haltung des Therapeuten dient diesem zur Überkompensation eigener regressiver Tendenzen und Selbstzweifel. Die regressiven Aspekte werden dem Patienten delegiert. Therapeutische Kollusionen drohen sich immer dann zu bilden, wenn ein Therapeut sich für einen Patienten unentbehrlich und einmalig fühlt. Typischerweise vermeiden die Therapeuten Fälle mit einer kollusiven therapeutischen Beziehung in der Supervision vorzustellen, auch wenn in der Therapie deswegen erhebliche Probleme aufgetaucht sind.

In kollusiven therapeutischen Beziehungen kommt es auch zu exklusiver Abgrenzung gegen die Partner und Familienangehörigen. Je mehr die Angehörigen über den Verlauf der Therapie beunruhigt sind und sich gegen die Therapie zur Wehr setzen, desto mehr versucht der Therapeut, den Patienten fest an sich zu binden. Sein Verhalten gleicht bald einmal dem abhängig haltenden Verhalten der Eltern, das zu bekämpfen er ursprünglich angetreten ist.

Eine Überidentifikation mit der Thematik des Patienten entsteht vor allem dann, wenn der Therapeut glaubt, ein ähnliches persönliches Problem erfolgreich bewältigt zu haben. Er meint dann dem Patienten seine Lösungsmuster anbieten zu müssen. Er macht sich damit oftmals zum Vorbild, ohne zu erkennen, dass die Problemlage und

Lösungsmöglichkeiten des Patienten ganz anders gelagert sind. Indem er seine Probleme in Analogie zu jenen des Patienten setzt, glaubt er zum Patienten eine besondere Vertrautheit herzustellen und sich eine spezifische Kompetenz zuzuschreiben, ihm zu helfen.

Es gehört zum Testverhalten der Patienten, dem Therapeuten Kollusionsangebote zu machen. Es ist Aufgabe des Therapeuten, diese zu erkennen und der Versuchung zu widerstehen.

#### **4.3.6 Therapeutische Koevolution**

---

Unter einer therapeutischen Kollusion verstehen wir eine neurotische Interaktion von unreifen Wünschen und Abwehrmaßnahmen des Therapeuten mit denen des Patienten. Eine therapeutische Koevolution ist demgegenüber die wechselseitige Herausforderung persönlicher Entwicklungen durch die therapeutische Arbeit. Die therapeutische Beziehung wird dabei nicht exklusiv nach außen abgegrenzt, sondern bleibt offen und transparent. Der Therapeut erlebt sich für den Patienten nicht als unentbehrlich und einmalig und reagiert nicht mit Überverantwortlichkeit. Der Therapeut öffnet sich dem therapeutischen Dialog. Er begibt sich mit dem Patienten in einen Such- und Klärungsprozess, der für ihn auch ein eigener Klärungsprozess ist. Er stellt dem Dialog sein eigenes Erleben zu Verfügung und lässt sich vom interaktionellen Prozess mit dem Patienten leiten. Dabei nimmt er auch aufmerksam wahr, was ausgeklammert und vermieden wird und macht sich in angemessener Weise zu dessen Anwalt. Der Therapeut hat von der therapeutischen Arbeit einen hohen persönlichen Gewinn. Er sieht, wie andere Menschen mit Familien- und Partnerproblemen oder mit Krankheit, Verlust und Belastungen umgehen und reichert dabei laufend seine eigenen Erfahrungen an. Er erweitert seine persönlichen Konstrukte und differenziert seine Werthaltungen und Einstellungen. Es ist für den Patienten gut, wenn er spürt, dass er das persönliche Interesse des Therapeuten zu wecken vermag und wenn er spürt, dass die Therapie auch dem Therapeuten etwas bringt. Indem der Therapeut die Probleme des Patienten bearbeitet, bearbeitet er implizite oftmals seine eigenen und lernt für die Gestaltung

4 seiner privaten Beziehungen dazu. Dennoch unterscheidet sich eine therapeutische Koevolution grundsätzlich von einer partnerschaftlichen. In einer partnerschaftlichen Koevolution bringen sich beide Partner zu etwa gleichen Teilen mit ihrem persönlichen Erleben und ihren Anliegen ins Gespräch ein. In einer therapeutischen Beziehung aber soll der Therapeut seine persönlichen Probleme nicht dem Patienten offenbaren, obwohl die Patienten neugierig nach ungelösten Problemen des Therapeuten forschen. Therapeuten, die Mühe haben, die therapeutische Rolle aufrecht zu erhalten, neigen manchmal aus »Ehrlichkeit« dazu, dem Patienten eigene Probleme zu gestehen. Patienten mögen zunächst triumphieren, dass der Therapeut seine eigenen ungelösten Probleme hat. Sie fühlen sich aber bald einmal missbraucht, wenn sie den Eindruck bekommen, der Therapeut benütze die Sitzungen zur eigenen Therapie oder erweise sich als hilfebedürftiger als sie selbst.

Mit unserem koevolutiven Verständnis von Partnerbeziehungen gehen wir davon aus, dass Partnerbeziehungen in besonderer Weise geeignet sind, persönliche Entwicklungen im Erwachsenenalter herauszufordern und dass Partner einander mit Kritik auf notwendige, bisher vermiedene persönliche Entwicklungen hinweisen. *Wie steht es nun mit der Kritik am Therapeuten?* Mit seiner Kritik setzt der Patient den Therapeuten einem besonders delikaten Beziehungstest aus. Wir halten es für problematisch, wenn der Therapeut Kritik vorschnell als »negative Übertragung« von der eigenen Person auf andere Personen, etwa auf Vater oder Mutter des Patienten abzulenken versucht. In vielen Fällen ist die Kritik, zumindest teilweise, durchaus zutreffend. Wie soll der Therapeut, der das anerkennt, reagieren? Wichtig scheint mir, dem Patienten zu signalisieren, dass man seine Kritik ernst nimmt und dies durch klärendes Nachfragen auszudrücken: Was war der Anlass zur Kritik? Was hat er an der Person des Therapeuten wahrgenommen? Was hat den Patienten am Verhalten des Therapeuten gestört? Darüber hinaus soll der Therapeut seine Person aber nicht zum Thema des therapeutischen Gesprächs machen, sondern sich persönlich mit dem kritisierten Verhalten auseinandersetzen. Es genügt, wenn der Therapeut die klärenden Fragen abschließt mit der

Bemerkung: »Ich werde das noch überdenken«. Meist ist der Patient daraufhin auch bereit, sich mit seinem eigenen Anteil auseinander zu setzen: Was hat es mit mir und meiner Geschichte zu tun, dass ich mich vom kritisierten Verhalten des Therapeuten so gestört fühle

#### 4.4 Zusammenfassung

---

In der geschichtlichen Entwicklung der systemischen Therapie wurden unterschiedliche Konzepte für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung entwickelt. Angesichts des starken therapeutischen Widerstandes der Eltern in der Familientherapie, verlegten sich die Therapeuten zunächst auf ein vorwurfsvolles Aufzeigen des Machtmissbrauchs der Eltern. Es folgte eine Phase, in welcher der Therapeut eine Machtstellung über die Familie zu erlangen suchte, entweder offen und direkt oder verdeckt mit Manipulationen. Heute hat die Gestaltung der therapeutischen Beziehung nach dem Mailänder Modell breite Anerkennung erfahren. Der Therapeut verzichtet dabei auf eine Expertenposition und gibt nicht vor, für die Familie die richtigen Lösungen ihrer Probleme zu kennen. Er verlegt sich vielmehr darauf, die Familie anzuregen, ihre Optionen für die Gestaltung ihrer familiären Wirklichkeit zu erweitern und sich neue Möglichkeiten für das familiäre Zusammenleben zu erschließen.

Die systemische Therapie hat die therapeutische Einheit von der Familie auf das Problemsystem erweitert, in welches alle Personen einbezogen sind, die am aktuellen Problem und dessen Lösungsversuch beteiligt sind. Dazu gehören der zuweisende Hausarzt, verschiedene, sich oft konkurrenzierende Therapeuten, Lehrer oder Verwandte. Deren oft mächtiger Einfluss auf den therapeutischen Prozess ist in Rechnung zu stellen und therapeutisch zu nutzen.

Systemische Therapeuten arbeiten oft in den unterschiedlichen Settings der Einzeltherapie, der Paartherapie oder Familientherapie, in denen sich eine unterschiedliche Dynamik der therapeutischen Beziehung entwickelt.

In beziehungsökologischer Sicht steht die Entwicklung der Person in der Gestaltung ihrer Beziehungen im Zentrum des Interesses. Der

anstehende Entwicklungsschritt des Patienten in der Gestaltung seiner Beziehungen konstelliert sich oftmals in besonderer Ausprägung in der therapeutischen Beziehung. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung steht dann modellhaft für die anstehenden Entwicklungsschritte in der Partnerbeziehung.

Als therapeutische Kollusionen werden die neurotischen Interaktionen von unreifen Wünschen und Abwehrmaßnahmen des Therapeuten mit jenen des Patienten beschrieben, als therapeutische Koevolution die Förderung persönlicher Entwicklung des Therapeuten im therapeutischen Dialog mit seinen Patienten.

## Literatur

---

- Alexander F, French T M (1946) *Psychoanalytic therapy. Principles and Applications.* Wiley, New York
- Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P (1988) *Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell. Modernes Lernen, Dortmund*
- Boszormenyi-Nagy I, Spark G M (1981) *Unsichtbare Bindungen. Klett-Cotta, Stuttgart*
- Familiendynamik. Registerheft 1976–1995, Klett-Cotta, Stuttgart
- Grawe K (1997) *Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen*
- Haley J (1977) *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen.* Pfeiffer, München
- Minuchin S (1974) *Families and Family Therapy.* Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Sampson, H, Weiss J (1986) Testing hypotheses: The approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In LS Greenberg & W Pinsof (Eds) *The psychotherapeutic process a research handbook*, Guilford, New York pp 591–613
- Searles H F (1959) Das Bestreben, den andern verrückt zu machen – ein Element in der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenie, In Bateson G, Jackson D D, Haley J et al. *Schizophrenie und Familie.* Suhrkamp, Frankfurt aM, pp. 128–180
- Simon F B, Clement U, Stierlin H (1999) *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular,* Klett-Cotta, Stuttgart, 5. Auflage
- Stierlin H (1978) *Delegation und Familie.* Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Von Foerster H (1974) *Kybernetik einer Erkenntnistheorie.* In: Keidel WD et al. (Hrsg) *Kybernetik und Bionik.* Oldenburg, München
- Willi J (1975) *Die Zweierbeziehung.* Rowohlt, Reinbeck
- Willi J (1978) *Therapie der Zweierbeziehung.* Rowohlt, Reinbeck
- Willi J (1996) *Ökologische Psychotherapie.* Hogrefe, Göttingen

## Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht

*Hansjörg Znoj*

- 5.1 Die komplementäre Beziehungsgestaltung –84
- 5.2 Die komplementäre therapeutische Interaktion –88
- 5.3 Nützliche Fragen für die Beziehungsgestaltung –90
- 5.4 Fazit –92
  
- Literatur –93

- 5
- Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut wird in der klassischen Verhaltenstherapie selten thematisiert. Dabei ist für Therapeuten, die mit lerntheoretischen Ansätzen vertraut sind, das Prinzip des Verstärkens positiver Veränderungen durch non- und paraverbale Zeichen der Zustimmung vertraut. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist aber nicht selbstverständlich »gut« und tragfähig und damit der Veränderung förderlich. Offensichtlich ist es aber schwierig, den Beitrag der Therapiebeziehung für den Therapieprozess genau zu beschreiben. Im »Generic Model of Psychotherapy« (Orlinsky u. Howard, 1986) nimmt die Therapiebeziehung die zentrale funktionale Stellung ein. Es beinhaltet eine Interpretation von über 1100 bedeutsamen Zusammenhängen zwischen Variablen des Therapieprozesses und dem Therapieergebnis. Der Psychotherapieprozess wird als mehrstufiges Modell der Wechselwirkung unterschiedlicher Einflussgrößen gesehen. Besonders betont wird die Wechselwirkung von Therapeut- und Patientenvariablen. Orlinsky und Howard fanden folgende (unspezifische) Variablen, die in allen untersuchten Studien einen robusten Beitrag zu einem Therapieerfolg beitrugen: a) die Qualität der therapeutischen Beziehung; b) das Geschick des Therapeuten; c) die Kooperation und der Widerstand des Patienten; d) Öffnung versus Abwehr und d) die Dauer der Behandlung. In der jüngsten Überprüfung des »Generic Models« (Orlinsky, et al. 1994) konnten diese Prozessvariablen weitgehend bestätigt werden, gleichzeitig präsentierten sich die Befundlage komplexer, weil die jüngsten wissenschaftlichen Arbeiten auf unterschiedliche Aspekte der Beziehungsgestaltung eingehen. Unter anderem werden motivationale, affektive und interpersonale Faktoren zunehmend differenziert analysiert. Hinzu kommen Fragestellungen im Bereich der Beziehungsgestaltung, die bisher kaum im Fokus der Aufmerksamkeit standen wie Ressourcenaktivierung, Aufmerksamkeitssteuerung, Zielübereinstimmung oder Selbstbezogenheit des Patienten. Die Wichtigkeit der therapeutischen Allianz oder der »Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut« ist jedoch etabliert (Horvath u. Greenberg, 1994; Horvath u. Symonds, 1991; Krupnick et al. 1996; Muran et al. 1994). In der NIMH-Studie zu Depression beeinflusste die therapeutische Beziehung den therapeutischen Erfolg nicht nur in den beiden untersuchten Psychotherapie-Bedingungen (kognitiv-behaviorale Therapie

und interpersonale Psychotherapie), sondern auch in den Bedingungen der aktiven und Placebo-Medikamente ohne eigentliche Psychotherapie (Krupnick et al., 1996).

In der Berner Psychotherapievergleichstudie (Grawe et al. 1990) wurden allerdings differentielle Effekte zwischen verschiedenen therapeutischen Vorgehensweisen und Grundhaltungen und dem therapeutischen Prozess gefunden. Während in der Breitspektrum-Verhaltenstherapie (kognitiv-behavioral) keine Unterschiede in der Verwirklichung der Beziehungsgestaltung bezüglich des Therapieerfolgs auszumachen waren, hing in den beiden anderen Bedingungen (Gesprächspsychotherapie und Interaktionelle Verhaltenstherapie) der Erfolg statistisch bedeutsam von der Güte der Beziehungsgestaltung ab. Daraus lässt sich folgern, dass die Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie eine vielleicht tatsächlich geringere Rolle spielt, als in Therapieausrichtungen, die stärker auf die Selbstverantwortung des Patienten zählen. Es lässt sich aber aus diesem Ergebnis nicht schließen, dass die Therapiebeziehung für die Verhaltenstherapie vernachlässigbar ist.

In Anbetracht der Fülle der empirischen Arbeiten, die alle auf einen bedeutsamen Einfluss der Beziehung hinweisen, scheint es geradezu paradox, dass in der Verhaltenstherapie bislang dieses Thema stiefmütterlich behandelt wurde, zumal es zu den Prinzipien der verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption gehört, das therapeutische Vorgehen dem Patienten individuell anzupassen (Schulte, 1974). Allerdings gibt es auch hier Befunde, die einer maßgeschneiderten Therapie gegenüber einem stark standardisierten Vorgehen keine Vorteile zuschreiben (Schulte et al., 1990). Nach Schulte (1996) spielt das therapeutische Basisverhalten des Patienten jedoch eine wichtige Rolle für den Therapieerfolg. Unter Basisverhalten werden hauptsächlich die Mitarbeit, die Selbstöffnung, das Erproben neuer Verhaltensweisen und die Therapienachfrage (Motivation) verstanden. Diese vom Therapeuten eingeschätzten Patientenfaktoren zeigen über die gesamte Therapiedauer deutliche korrelative Zusammenhänge mit der Zuversicht des Patienten für einen positiven Ausgang der Therapie. Die Zuversicht des Patienten wird genährt durch die therapeutische Kompetenz, die therapeutische Unterstützung, das Vertrauen in den Therapeuten und in das vom Therapeuten entgegengebrachte Verständ-

nis. Erst durch das Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren ergibt sich, was wir unter einer therapeutischen Beziehung verstehen können. Das therapeutische Geschehen ist zudem bedingt durch Methodenregeln (was tun bei welchem Problem?), durch Störungsbedingungen (Problemverhalten) und durch externe Faktoren wie Finanzierung, externe Motivation (z.B. Forderungen des Partners oder des Gesetzgebers). Alle diese Faktoren spielen in die therapeutische Beziehung hinein. Für den Therapeuten bedeutet dies, dass er mindestens zwei Stränge des Geschehens gleichzeitig verfolgen muss: a) was ist erforderlich für eine maximale Umsetzung zur Problembehandlung (störungsspezifisches Vorgehen) und b) was ist aktuell wichtig für den Patienten, wie kann ich ihm oder ihr am besten gerecht werden. Dieses, von Schulte (1996) als duales Basismodell des therapeutischen Prozesses bezeichnete Vorgehen soll im Folgenden durch den von Grawe und Mitarbeitern entwickelten Ansatz der komplementären Beziehungsgestaltung weiter ausgeführt werden.

## 5.1 Die komplementäre Beziehungsgestaltung

---

Unter einer komplementären Beziehungsgestaltung verstehen wir ein Vorgehen, in dem die Analyse und die bewusste Gestaltung des Beziehungsverhaltens des Therapeuten im Zentrum stehen. Grundlage dafür ist die Konzeption der »vertikalen Verhaltensanalyse« (Grawe, 1982; Grawe u. Dziewas, 1978), die von Caspar (1989) als Plananalyse operationalisiert wurde. Die ursprünglichen Ideen stammen jedoch bereits von Sullivan (1953), Leary (1957) und Beier (1966). Schon Sullivan hat die Beziehung in den Mittelpunkt seiner Sichtweise zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Störungen gesetzt. Diese Sichtweise hat in der interpersonellen Psychologie von Leary ihre Fortsetzung gefunden und behauptet bis heute einen festen Platz in der wissenschaftlichen Psychologie. Beier (1966) verfolgte einen davon verschiedenen Ansatz, der sich hauptsächlich an den Kommunikationswissenschaften orientierte, aber auch er bezieht sich in seinen Schriften auf Sullivan.

Beier unterscheidet zwischen offenen und verdeckten Botschaften, die in der zwischenmenschlichen Kommunikation eine wichtige Rolle

in der gegenseitigen Verhaltenssteuerung spielen. Verbal kann man etwa zu jemandem sagen: »Bitte öffnen Sie das Fenster.« Gefühlsmäßig kann das bei der betreffenden Person ankommen als: »ich bin ihr zuviel; ich nehme ihm die Luft.« Bei er braucht für diese Art der Kommunikation den Ausdruck »persuasiv.« Eine persuasive Botschaft besteht aus einer mehr oder weniger bewusst codierten Botschaft des Senders, einem Kontext und nonverbalen Hinweisen (lächeln, gehobener Tonfall) sowie einer Reaktion des Empfängers. Der emotionale Gehalt kann Reaktionen und Reaktionsereitschaften auslösen, die dem Empfänger verborgen bleiben, weil er oder sie kein Bewusstsein dafür entwickelt haben. Dies kann zu dauernden Missverständnissen führen; in der wechselseitigen Kommunikation auch zu Enttäuschungen und unkontrollierten emotionalen Reaktionen. Bei er sah in solchen Kommunikationsstrukturen einen Hinweis auf fortlaufende, sich durch soziale Verstärkung vergrößernde problematische Verhaltensweisen, die damit auch das Selbst- und Fremdbild einer Person als problematisch und gestört bestimmen.

Wie ist es aber zu verstehen, dass eine an sich »neutrale« Aufforderung so komplexe Gefühle und Reaktionen auslöst? Hier müssen wir auf die allgemeine Handlungstheorie rekurren, wie sie für die Psychologie das erste Mal von Miller, Galanter und Pribram (1960) postuliert wurde. In der allgemeinen Handlungstheorie, welche abgeleitet wurde aus einer Computermetapher – dem Programm – spielen Pläne und Ziele eine wichtige Rolle. Bei der Handlungsregulation werden zudem »top-down« und »bottom-up« Prozesse unterschieden, denen, wie wir sehen werden, auch in den Planformulierungen der Berner-Gruppe um Grawe eine zentrale Rolle zukommen. Allgemein gilt, dass Handlungen mehrfach determiniert sind; die eigentliche Handlung ist das Produkt einer »constraint satisfaction«, wobei die wenigsten dieser Determinanten bewusst repräsentiert sind. Sind die Ziele eines Menschen lebensgeschichtlich stark durch Vermeidungspläne bestimmt, so werden viele Wahrnehmungen schnell bedrohlich; sie lösen eine Kette von verschiedenen Reaktionen und Gefühlen aus, welche die ursprüngliche Wahrnehmung bestätigen und verstärken. Aber auch einseitige Annäherungsziele haben den Effekt, die Wahrnehmungen

5 und Handlungen zu steuern. Beispielsweise nehmen Studierende vor der entscheidenden Abschlussprüfung noch die kleinsten Hinweise wahr, die auf die wissenschaftlichen Vorlieben ihres Professors schließen lassen. In diesem Fall sprechen wir von einem »Schema« (oder in der Mehrzahl von Schemata), welche unsere Wahrnehmungen und Handlungen vereinheitlichen und koordinieren. Ein kognitiv-emotionales Schema beinhaltet nicht nur die entsprechenden Pläne, Motive, Gedanken, Gefühle, sondern stellt auch implizites Handlungswissen zur Verfügung, über das wir keinen bewussten Zugang haben.

Planstrukturen sind eine Technik, die uns diese Schemata heuristisch sichtbar machen. Sie dienen uns deshalb zur Erstellung individueller Fallkonzeptionen. Die Fallkonzeptionen helfen wiederum, das interaktionelle Verhalten des Therapeuten zu planen und Alternativen zu problematischen Verhaltensweisen schon vor der Therapie gedanklich durchzuspielen. Die Konzeption der Handlungsregulation wurde von Grawe (1998) entscheidend erweitert, indem Grundbedürfnisse die Bildung von motivationalen Attraktoren (Annäherungs- und Vermeidungsziele) anregen. Ausgehend davon, dass alle Menschen von Grundbedürfnissen geleitet sind – Kontrolle, Bindung, Selbstwerterhöhung und Lustsuche/ Unlustvermeidung – reguliert sich das psychische System über motivationale Attraktoren und dem eigentlichen Verhalten. Auf der obersten Ebene steht das Bedürfnis nach Systemerhalt oder Konsistenz. Dieser Struktur eingebettet sind die eigentlichen Handlungsstrukturen oder Pläne. Die motivationalen Attraktoren stehen nicht »luftleer« im Raum, sondern sind semantisch vielfältig verknüpft; die Verknüpfung schließt auch das emotionale System mit ein (■ Abb. 5.1).

Aus dieser allgemeinen Konzeption leiten sich Planstrukturen als eine Systematisierung von Mittel-Zweck-Relationen ab. Diese Relationen sind notwendig für das heuristisch gewonnene Verständnis von potentiell instrumentellen Funktionen problematischer und unproblematischer Verhaltensweisen. Die (erschlossenen) Pläne sind hierarchisch angeordnet, oben stehen abstrakte, allgemeingültige Pläne, unten steht konkretes Verhalten. Dieses kann mehreren Plänen gleichzeitig dienen, umgekehrt sind auch die Pläne über viele Verhal-

## 5.1 · Die komplementäre Beziehungsgestaltung



■ **Abb. 5.1.** Das Funktionsmodell zeigt den Aufbau des psychischen Systems nach Grawe (1998). Es beinhaltet vier Ebenen: zuoberst die Systemebene. Diese Steuerungsebene ist durch ein Konsistenzstreben charakterisiert – also auf Systemerhalt ausgerichtet. Darunter liegt die Ebene der vier Grundbedürfnisse. Auf der folgenden Ebene der motivationalen Schemata (oder motivationale Attraktoren) werden diese Bedürfnisse als Handlungsabläufe interpretiert und auf der untersten Ebene – der Verhaltensebene (einschließlich bewusster Denkprozesse) realisiert.

tensweisen realisierbar. Das Verhalten ist instrumentell zu den Plänen, bei den Verbindungen handelt es sich um Mittel-Zweck Relationen (Caspar, 1989). Diese hierarchische oder »vertikale« Perspektive ergänzt die bisherige Verhaltenstherapie in entscheidender Weise. Anstatt darauf zu achten, problematisches Verhalten nicht durch das eigene Intervenieren zu verstärken, kann der Therapeut jetzt auf das für die Beziehungsgestaltung wichtige problematische Verhalten eingehen, ohne dieses zu verstärken. Eine Schwäche der »horizontalen« Verhaltensanalyse (Reiz, Reaktion, Konsequenzen) liegt darin, dass hier nur über konsequentes Missachten problematischer Verhaltensweisen

eine Verhaltensänderung bewirkt werden konnte. Der komplementäre »Trick« gelingt jedoch nur, wenn die Struktur und die instrumentelle Funktion des problematischen Verhaltens bekannt sind. Wie das in der Therapie gemacht wird, davon handelt der weitere Abschnitt.

## 5.2 Die komplementäre therapeutische Interaktion

---

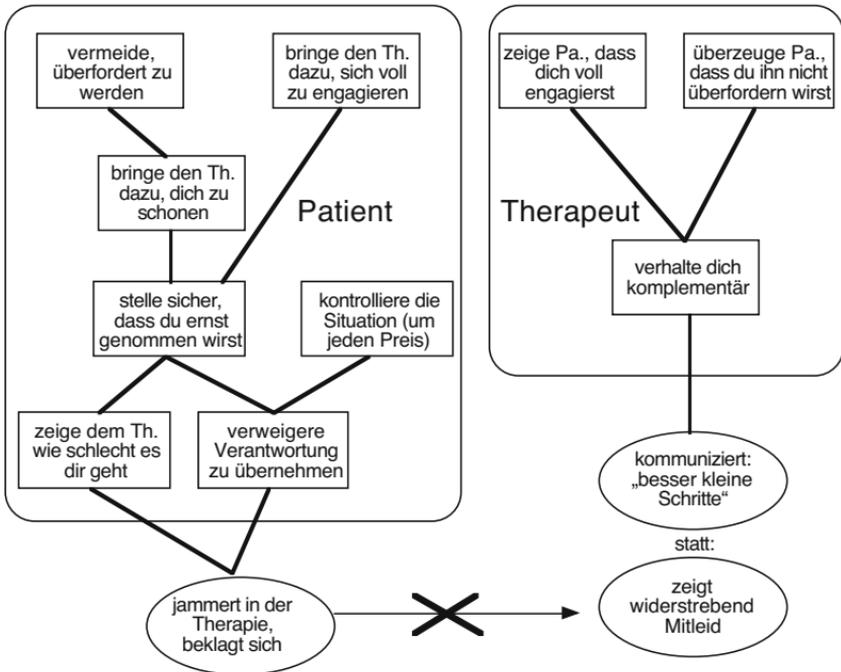
5 Problematisches Patientenverhalten kann die besten Absichten des Therapeuten sabotieren. Die Komplementäre Beziehungsgestaltung beruht darauf, nicht auf der gleichen kommunikativen Ebene wie der Patient zu handeln. Beispiele sind entwertende Äußerungen gegenüber dem therapeutischen Vorgehen, andauerndes zu spät Kommen, scheinbare Geistesabwesenheit und Desinteresse und so weiter. Dieses Verhalten löst im Therapeuten Gefühle aus, die höchst untherapeutisch sein können, vor allem dann, wenn der Therapeut seinem (berechtigten) Ärger freien Lauf lässt. Weshalb ist das untherapeutisch? Weil es den Patienten in seinen schlimmsten Befürchtungen bestätigt: »Niemand nimmt mich ernst; nicht einmal der Therapeut steht auf meiner Seite; mein Schmerz lässt alle kalt.«

Die Gefühle des Therapeuten sind deshalb ein wichtiger Indikator für problematische Ziele und Befürchtungen. Andere wichtige Informationsquellen sind: Mimik und Gestik; Haltung und Kleidung (Aufmachung); paraverbale und pragmatische Aspekte der Kommunikation.

Eine Illustration eines solchen Vorgehens ist in  Abb. 5.2 zu sehen. Der Therapeut geht nicht auf das problematische Verhalten ein, sondern setzt sich direkt zu den damit in einer instrumentellen Relation stehenden Zielen in Beziehung.

Indem Therapeuten auf den Bedürfnisaspekt problematischer Verhaltensweisen eingehen, unterlaufen sie das Risiko, das problematische Verhalten zu verstärken, und geben dem Patienten gleichzeitig das Gefühl, ihn wirklich zu verstehen. Das Gefühl des Patienten beruht auf der »versteckten« Botschaft: »Ich weiß, dass Du verletzt worden bist und ich gehe jetzt auf Dein eigentliches Bedürfnis ein.«

## Komplementäre Beziehungsgestaltung



■ **Abb. 5.2.** Die Komplementäre Beziehungsgestaltung beruht darauf, nicht auf der gleichen Ebene zu kommunizieren. Anstatt auf die vom Patienten geforderte Ebene einzugehen, orientieren sich die Therapeuten darauf, welche Pläne und Ziele mit dem problematischen Verhalten verbunden sind und »unterlaufen« auf diese Weise die Beziehungsfalle des Patienten. In der Abbildung kommuniziert der Therapeut deshalb: »Besser ist es, zuerst kleine Schritte zu machen, anstatt gleich zu viel zu wollen!« anstatt der vom Patienten durch verbales- und nonverbales Verhalten erzwungenen Mitleidsreaktion.

### Zusammenfassung

- Komplementäres Beziehungsangebot ist kein »Trick«, es beruht auf gutem Verständnis der Patientenbedürfnisse und der damit verbundenen Pläne



- Prinzip: Je höher in Planstruktur das Motiv mit dem Problemverhalten liegt, desto »akzeptabler« ist es auch; diese Sicht nützt auch der Psychohygiene des Therapeuten
- Kontrollfrage: »Bin ich schon so hoch, dass ich als Therapeut damit leben kann?«
- Prinzip: Bedürfnisse des Patienten sättigen, dann fehlt dem Problemverhalten die motivationale Basis
- Wenn der Patient sich gut aufgehoben fühlt, kann er mehr zulassen
- Der Aufwand des Therapeuten wird nicht größer: Je besser das Angebot stimmt, desto weniger braucht es davon

### 5.3 Nützliche Fragen für die Beziehungsgestaltung

---

**Erwünschte Wahrnehmungen.** Erwünschte Wahrnehmungen lassen sich aus der Perspektive erschließen, die wir bestimmten Situationen bzw. Erlebnissen gegenüber einnehmen. Sie schlägt sich nieder in Phantasien, Tagträumen, Träumen und der Art und Weise, wie wir unsere Person ändern gegenüber darstellen. Hinweise geben folgende Fragen:

- Wie möchte der Patient vor sich selber erscheinen?
- Wie möchte der Patient von anderen gesehen bzw. wahrgenommen werden?
- Welches Verhalten der Umgebung würde den Patienten besonders freuen und bestätigen?

**Ziele und Pläne.** Ausgehend von der Frage, welches die erwünschten Wahrnehmungen des Patienten sein könnten, wenn ein bestimmtes Schema aktualisiert ist, werden nun die Ziele des Patienten angeführt. Dazu werden zunächst die zu einem bestimmten Schema gehörigen Pläne der Planstruktur postuliert. In einem weiteren Schritt wird gefragt, welche Möglichkeiten zur Realisierung der obgenannten Pläne dem Patienten zur Verfügung stehen (vorhandene Ressourcen). Zur

Konkretisierung sollen typische Verhaltensweisen des Patienten innerhalb und außerhalb der Therapie angeführt werden.

**Emotionen.** Gefühle können nur im Zusammenhang mit konkreten Situationen, in denen ein bestimmtes Schema aktiviert ist, erfasst und beschrieben werden. Im Therapeuten ausgelöste Gefühle dienen dagegen als ausgezeichnetes Mittel, um unausgesprochenen Bedürfnissen oder Befürchtungen auf die Spur zu kommen.

**Entwicklungsgeschichte des Schemas.** Anhand bekannter lebensgeschichtlicher Daten wird eine mögliche Genese des Schemas nachgezeichnet. Informationen hierzu geben die wichtigen Beziehungen des Patienten, das Wertesystem der Ursprungsfamilie, sowie die Normen seiner Gesellschaftsschicht. Wichtige inhaltliche Bereiche sind:

- Streben nach Autonomie
- Wunsch nach bedingungsloser Wertschätzung (Geborgenheit, emotionale Unterstützung, etc.)
- Bedürfnis nach sozialer Anerkennung
- Suche nach eigener Identität
- Wunsch nach sinnvoller Tätigkeit (Leistung)
- Wunsch nach erfüllter Sexualität
- Existenzsicherung

**Vermeidungs- und Konfliktschemata.** Vermeidungsschemata sind charakterisiert durch die wesentlichen Vermeidungsstrategien im entsprechenden Bedürfnisbereich. Ein Beispiel könnte sein: »Vermeiden von Peinlichkeit und Verletzung«; das zugrunde liegende Bedürfnis ist soziale Anerkennung.

**Vermeidungsverhalten und dazugehörige Vermeidungsstrategien.** Zunächst werden die zu einem bestimmten Schema gehörigen Vermeidungspläne angeführt. Anhand von konkreten Situationen wird veranschaulicht, wie sich diese Vermeidungsstrategien im konkreten Verhalten des Patienten wiederfinden.

**Aversive Wahrnehmungen – Negative Phantasien.** Hier wird ausgeführt, welche Befürchtungen mit bestimmten Vermeidungsplänen verknüpft sind:

- Wie möchte der Patient auf keinen Fall erscheinen vor sich und anderen?
- Welches Verhalten der Umgebung würde den Klienten/die Klientin besonders verletzen/bedrohen? Welche negativen Konsequenzen antizipiert der Patient im Hinblick auf die kritischen Situationen?

**Vermiedene Gefühle.** Hier wird ausgeführt, welche Emotionen der Patient mit seinen Vermeidungsplänen verhindert (z.B. Angst und Ekel).

**Entwicklungsgeschichte.** Welches wichtige Selbstschema ist verletzt worden im Zusammenhang mit dem negativen emotionalen Schema? Welche Beziehungskonstellationen in der Biographie des Patienten haben möglicherweise zur Entwicklung eines entsprechenden Konfliktschemas geführt?

### Leitfragen

- Welche Gefühle und Eindrücke löst der Patient bei mir aus?
- Was will der Patient bei mir erreichen?
- Welches Bild von sich versucht er zu vermitteln?
- Welches Bild hat er von sich selber?
- Welche Reaktionen von mir versucht er zu vermeiden?

## 5.4 Fazit

---

Eine komplementäre Beziehungsgestaltung ist in der Praxis nicht leicht umzusetzen; wer allerdings realisiert, wie gewinnbringend sie eingesetzt werden kann, um auch mit »schwierigen« Patienten umgehen zu können, wird diese Technik nicht missen wollen. Sicher, viele Therapeuten kommen von selbst darauf, dass es sinnvoll ist, sich mit den positiven Zielen des Patienten zu »verbünden«, anstatt sich

mit ihm zu streiten. So betrachtet ist die Perspektive der komplementären Beziehungsgestaltung nicht neu. Die systematische Schulung und Therapieplanung nach diesem Konzept ermöglicht es aber, auch Anfängern und »mittelbegabten« Therapeuten einen Weg zu einer erfolgreichen Therapiebeziehung zu ebnet. Die theoretische Begründung für diese Ansicht findet sich beispielsweise in Grawe (1998).

Erste empirische Überprüfungen zeigen, dass eine Therapie nach diesem Prinzip eine bessere Beziehungsqualität zur Folge hat (Grawe, 1992; Regli et al. 2000). Smith und Grawe (2000) haben gezeigt, dass auch »schwierige« Patienten (in der Regel solche mit Achse-II Störungen und einem problematischen Beziehungsverhalten gemessen mit dem IIP von Horowitz et al. 1994) trotz schlechterer Startbedingungen erfolgreiche Therapieabschlüsse erreichen können, wenn die Therapeuten genügend Ressourcen aktivieren können. Diese Ressourcenaktivierung hängt wiederum direkt mit dem komplementären Beziehungsverhalten zusammen. Die therapeutische Beziehung selbst wird zur Ressource, wenn es gelingt, sich zu den positiven (also bedürfnisorientierten) Zielen und Plänen in Beziehung zu setzen. Das höchste Ziel der komplementären Beziehungsgestaltung liegt darin, den Patienten korrektive emotionale Erfahrungen zu ermöglichen, welche die erwarteten und provozieren Befürchtungen – vom Mitmenschen enttäuscht zu werden – entkräften. Gelingt dies, so ist die therapeutische Beziehung nicht nur »Mittel zum Zweck« zur Symptomreduktion, sondern ist selbst ein Therapeutikum.

## Literatur

---

- Beier, E. G. (1966). *The silent language of psychotherapy. Social reinforcement of unconscious processes*. Chicago: Aldine.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern Stuttgart Toronto: Verlag Hans Huber.
- Grawe, K. (1982). *Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten der Vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise und Behandlung psychischer Störungen*. (Forschungsberichte No. 5). Bern: Universität Bern.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung ei-

- ner guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 215–244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Dziewas, H. (1978). Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Mitteilungen der DGVT, Sonderheft 1*.
- Grawe, K., Caspar, F. M., & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*(4), 338–361.
- Horowitz, L. M., Strauss, B., & Kordy, H. (1994). *Inventar Interpersonaler Probleme: Manual*. Weinheim: Beltz-Test.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory and research*. New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 139–149.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 532–539.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York.
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960/ 1973). *Plans and the structure of behavior dt.: Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens*. Stuttgart: Klett.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., & Wallner, S. L. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 185–189.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in Psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Berin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (4 ed., pp. 270–376). New York: Wiley.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21*(4), 399–420.
- Schulte, D. (1974). Der diagnostisch-therapeutische Prozess in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Ed.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (pp. 60–73). München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1996). Beziehung und Methode im psychotherapeutischen Handeln. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Eds.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.

- Schulte, D., Kuenzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, T. (1990). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikerinnen. In D. Schulte (Ed.), *Therapeutische Entscheidungen* (pp. 15–42). Goettingen: Hogrefe.
- Smith, E., & Grawe, K. (2000). Die Rolle der Therapiebeziehung im therapeutischen Prozess. Gefahren und Chancen. The role of the therapist-client relationship in the therapeutic process. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21(4), 421–438.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton Press.

## Die therapeutische Beziehung in der Krisenintervention

*Ulrich Schnyder, Urs Hepp*

- 6.1 Kontakt aufnehmen – 99
- 6.2 Problemanalyse – 101
- 6.3 Problemdefinition – 104
- 6.4 Zieldefinition – 106
- 6.5 Problembearbeitung – 107
- 6.6 Termination – 111
- 6.7 Follow-up – 113
- 6.8 Zusammenfassung – 115
- Literatur – 116

- Kommt es in einer Krisenintervention zu einer therapeutischen Beziehung? Kann man Krisenintervention überhaupt als Therapie bezeichnen? Die Frage ist berechtigt, weil Kriseninterventionen, wenn sie in einem ambulanten Setting durchgeführt werden, in der Regel nicht mehr als etwa 4–6 Sitzungen umfassen (Schnyder und Sauvant 2000). Auch im stationären Rahmen gehört Krisenintervention zu den psychosozialen Kurz-Interventionen: Die Aufenthaltsdauer in typischen Kriseninterventionsstationen liegt etwa im Bereich von 3 bis höchstens 14 Tagen (Dormagen 2000; Sauvant 2000).

6 Kriseninterventionen dauern also per definitionem kurz, und man könnte postulieren, dass sich in so kurzer Zeit keine Beziehung im engeren Sinne entwickeln kann. Auf der anderen Seite zeichnen sich Kriseninterventionen aber nicht nur durch Kürze, sondern auch durch hohe Prozessgeschwindigkeiten und intensive Emotionen aus. Aufgrund der krisenbedingten affektiven Labilisierung laufen interaktive Prozesse zwischen Patient und Therapeut rascher und intensiver ab, als wir dies bei mittel- und längerfristig ausgelegten Psychotherapien beobachten. Auch Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse entwickeln sich nicht allmählich, sondern können sich sehr kurzfristig und in großer Heftigkeit abspielen. Es sind vermutlich nicht zuletzt diese intensiven interaktiven Prozesse, welche die oft erstaunlichen Änderungen im Bereich von Haltung, Kognition und Verhalten ermöglichen, wie wir sie bei erfolgreich verlaufenden Kriseninterventionen beobachten können. Diese Besonderheit stellt hohe Anforderungen an die professionelle Kompetenz und Flexibilität des Therapeuten; gleichzeitig steckt aber gerade darin auch die besondere Attraktivität dieser Interventionsform.

Ob es sich nun um einen kurzen Kontakt wie bei einer psychiatrischen Notfallkonsultation, oder um den Beginn einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im engeren Sinne handelt: niemand wird bestreiten wollen, dass bei einer Krisenintervention vielfältige interaktive Prozesse zwischen zwei oder mehreren Menschen ablaufen. Bereits beim Erstinterview haben diese Interaktionen oft nicht nur diagnostischen, sondern eben auch therapeutischen Charakter (Argelander 1983). Der Patient schwankt zwischen Verzweiflung und Hoffnung und sucht deshalb vielleicht mit ambivalenten Gefühlen einen Therapeuten auf. Der Therapeut

seinerseits weiß, wie entscheidend der erfolgreiche Aufbau einer therapeutischen Beziehung für den Verlauf der Krisenintervention sein wird (Meyer et al. 2002). Er wird deshalb mit einer positiven, optimistischen Erwartungshaltung auf den Patienten zugehen und versuchen, ihn zur aktiven Kooperation zu gewinnen.

Die therapeutische Beziehung ist kein statisches Phänomen, sondern entwickelt sich entlang einer Zeitachse. Um die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung im Verlauf einer Krisenintervention etwas genauer zu untersuchen, gliedern wir deshalb unsere folgenden Überlegungen entsprechend dem von Schnyder vorgeschlagenen 7-Punkte-Modell einer ambulanten Krisenintervention (Schnyder 2000).

## 6.1 Kontakt aufnehmen

---

Wenn ein Therapeut einem Menschen in einer Krise begegnet, muss er als erstes versuchen, die Voraussetzungen für ein konstruktives Gespräch zu schaffen. Er *begrüßt* die Anwesenden. Er stellt sich mit seinem Namen und seiner Funktion vor. Und er *klärt das Setting*: Wieviel Zeit steht für das folgende Gespräch zur Verfügung? Wer von den Anwesenden soll beim Gespräch dabei sein? In welchem Raum und in welcher (Sitz-)Anordnung findet das Gespräch statt (Hillman 2002)? Dies sind an sich Selbstverständlichkeiten, sie können aber leicht vergessen gehen, wenn sich der Therapeut zu schnell in die Krisen- bzw. Notfalldynamik (Sauvant und Schnyder 2000) hineinziehen lässt. In einer Situation, in der der Patient den Überblick verloren hat und von unterschiedlichen, z.T. widersprüchlichen Gefühlen überschwemmt wird, kann eine solche Klärung bereits sehr viel zur Beruhigung und Entspannung beitragen.

Nun beginnt das eigentliche Gespräch. In aller Regel beginnt der Therapeut mit der Frage »Wie geht es Ihnen im Moment?« oder »Wie fühlen Sie sich im Moment?«. Es geht bei dieser Eingangsfrage darum, eine Atmosphäre zu schaffen, in welcher der Patient Zugang zu seinen Emotionen finden kann. Der Patient soll z.B. die Möglichkeit haben, sich erst einmal richtig auszuweinen, oder seine Enttäuschung, Kränkung, Wut zum Ausdruck zu bringen (*emotionale Entlastung*).

6

In diesen ersten Sekunden und Minuten konstellieren sich bereits wichtige Elemente einer sich anbahnenden therapeutischen Beziehung: In der Regel wird rasch klar, ob es sich um eine Einzelperson oder um eine Gruppe von Menschen handelt, die sich in einer Krise befinden. Entsprechend wird sich der Therapeut auf eine individuelle oder auf eine sogenannte Familiengestützte Krisenintervention (Schnyder 1995) einstellen. Bei der Arbeit mit einer Familie wird er im Sinne der »multidirected partiality« (Boszormenyi-Nagy und Krasner 1986) darauf achten, dass in der oft hektischen Dynamik ein schwächeres Familienmitglied (das nicht mit dem Indexpatienten identisch sein muss!) nicht unbemerkt »unter die Räder gerät«. Alle Gesprächsteilnehmer sollten in fairer Ausgewogenheit zu Wort kommen können. Oft sind jedoch gerade relevante Personen nicht physisch anwesend, obschon ihre Rolle in Bezug auf die aktuelle Krise und deren Bewältigung von großer Bedeutung ist. Durch zirkuläres Fragen kann der Therapeut auch Abwesenden Raum verschaffen. Das therapeutische Beziehungsangebot ist deshalb gleichsam aufgeteilt und wird demzufolge von den einzelnen als weniger intensiv, vielleicht auch weniger als Parteinahme erlebt werden als in einer Individuum-zentrierten Krisenintervention.

Ein weiterer Aspekt der therapeutischen Beziehung konstellierte sich bereits bei der ersten Kontaktaufnahme. Therapeutische Beziehungen sind ja nie egalitär, sondern immer mehr oder weniger asymmetrisch: Es gibt einen Helfer und einen Hilfesuchenden, einen Honorarempfänger und einen Zahlungspflichtigen, um nur zwei Elemente dieser Asymmetrie zu nennen. Diese Asymmetrie ist bei Kriseninterventionen besonders ausgeprägt, weil der Patient, zumindest zu Beginn, in einem besonderen Maß hilfebedürftig ist. Hier hat der Therapeut aber Gestaltungsspielraum: Betont er das Ungleichgewicht, indem er sein Gegenüber stark in die Patientenrolle drängt, oder versucht er, dem hilfesuchenden Menschen in erster Linie als Mitmensch zu begegnen? Es soll hier keineswegs einer unreflektierten Gleichmacherei das Wort geredet werden: Krisenintervention erfordert eine relativ aktive therapeutische Haltung. Dadurch darf aber der Prozess der »intersubjektiven Korrespondenz« (Petzold 1980) nicht behindert werden. An-

gesichts der hohen Prozessgeschwindigkeiten können und sollen wir jedoch davon ausgehen, dass sich die Asymmetrie bei einer erfolgreich verlaufenden Krisenintervention relativ rasch verringern wird.

Und schließlich: Das Beziehungsangebot des Therapeuten sollte von der Überzeugung und Erfahrung geprägt sein, dass eine Krise zwar immer, per definitionem, ein Element des Bedrohlichen und Ungewissen beinhaltet, aber auch Chancen mit sich bringt. Gerade durch die affektive und kognitive Labilisierung werden die Betroffenen in die Lage versetzt, lange anstehende Veränderungen oder Entwicklungsschritte zu vollziehen, zu denen sie bei normalem Lauf der Dinge nicht bereit oder fähig wären. Krise = Gefahr und Chance ist die Formel, mit der die klassische Krisentheorie auf einen kurzen Nenner gebracht werden kann. Dies kann aber auch zu einer Verunsicherung auf Seiten des Therapeuten führen, da der Ausgang der Krise offen ist und der Therapeut selbst mit der Unmöglichkeit, beliebig Einfluss zu nehmen konfrontiert ist. Idealerweise wird der Therapeut dem Patienten in einer positiven, zuversichtlichen Grundhaltung entgegentreten und so versuchen, die durch negative Affekte dominierte Stimmung des Patienten ein Stück weit zu kompensieren.

## 6.2 Problemanalyse

---

Erst jetzt versucht der Therapeut zu erfahren, was eigentlich los ist, worum es geht. Welche *Krisenauslöser* sind zu erkennen? In vielen Fällen lassen sich spezifische Stressoren im Bereich der sozialen Beziehungen eruieren: Beziehungskonflikte oder drohende bzw. kürzlich stattgefundene Verluste durch Trennung, Scheidung, Tod. Andere Bereiche dürfen aber nicht übersehen werden: Eine Erkrankung, ein Unfall, eine Vergewaltigung oder eine andere traumatische Erfahrung können eine umfassende bio-psycho-soziale Krise auslösen. Stress am Arbeitsplatz kann beispielsweise durch eine drohende Kündigung, aber auch durch beruflichen Aufstieg (Rollenwechsel) entstehen. Im materiellen Bereich gibt es wieder eine ganze Reihe von möglichen Belastungen: Schulden, Probleme mit Alimentenzahlungen, Erbschaftsstreitigkeiten sollen hier als Stichworte genügen. Schließlich

sei noch der Bereich der Werte und Normen als möglicher Krisenauslöser genannt: Religiosität, Glaubenszweifel, transkultureller Wertewandel können Menschen sehr belasten und werden häufig erst auf direktes Nachfragen hin in ihrer Bedeutung als Krisenauslöser erkannt.

Neben der Konzentration auf den oder die aktuellen Krisenauslöser ist es wichtig, sich ein möglichst umfassendes und plastisches Bild von den aktuellen Lebensumständen des Betroffenen zu machen. Wenn Zeit bleibt und ein einigermaßen geordnetes Gespräch möglich ist, wird der Therapeut auch versuchen, einen Überblick über die Vorgeschichte des Patienten zu gewinnen. Nicht selten zeigt sich bei einem solchen kurzen Streifzug durch die Lebensgeschichte, dass die aktuelle Krise »überdeterminiert« ist (Cullberg 1978), dass der aktuelle Krisenauslöser so etwas wie der berühmte Tropfen ist, der das Fass zum Überlaufen bringt (*Krisenhintergrund*).

In der *Copinganalyse* werden die gewohnten Bewältigungsstrategien des Patienten herausgearbeitet: Was hat ihm früher geholfen, Krisen zu bewältigen oder durchzustehen? Und welche Strategien wurden in der jetzigen Krise bereits eingesetzt? Welche Bewältigungsformen haben sich als erfolgreich erwiesen, welche als ungeeignet? Oft erweisen sich gerade in einer Krise Copingstrategien, die sich bisher unter weniger dramatischen Umständen bewährt haben, als unzureichend oder inadäquat. Unter dem Stichwort *Ressourcenanalyse* versucht sich der Therapeut einen Überblick darüber zu verschaffen, wo die wichtigsten inneren und äußeren Ressourcen des Patienten liegen. Mit Ressourcen sind in diesem Zusammenhang alle erdenklichen Hilfsquellen gemeint, die zur Bewältigung der aktuellen Krise wichtig sein könnten. Innere Ressourcen sind beispielsweise intellektuelle und praktische Fähigkeiten, körperliche Gesundheit, ethische oder religiöse Werte. Aber auch die Erfahrung durchgestandener Krisen, eine zureichende Lebenseinstellung, die Fähigkeit, schwierige Lebensumstände zu ertragen, gehören hierher. Äußere Ressourcen finden sich in erster Linie im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, aber beispielsweise auch in Form von finanzieller Sicherheit.

Was bedeutet ein solches Vorgehen für die therapeutische Beziehung? Krisen sind ja in aller Regel mit heftigen Emotionen verbunden.

Ob der Patient nun seinen Gefühlen hemmungslos Ausdruck verleiht oder ob er Haltung zu bewahren versucht: In jedem Fall werden diese heftigen Emotionen dynamisch wirksam werden und die therapeutische Beziehung prägen. Die vom Patienten durchlebten Gefühle von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Verzweiflung können beim Therapeuten Mitleid und starke Helfer-Impulse wecken. Diese Dynamik kann, richtig dosiert, dazu beitragen, dass sich alle Beteiligten mit voller Kraft für eine rasche Lösung der anstehenden Probleme einsetzen. Aber eben: »dosis facit venenum«, und der Therapeut muss sorgsam darauf achten, dass er seine Helfer-Impulse nicht unreflektiert ausagiert. Auf der anderen Seite läuft der Therapeut aber unter Umständen auch Gefahr, von den starken negativen Emotionen des Patienten überschwemmt zu werden. Je nach der momentanen Ressourcenlage des Therapeuten kann es auch dazu kommen, dass ihn die Konfrontation mit belastenden Erlebnissen überfordert, weil er beispielweise momentan selber in einer psychosozialen Belastungssituation steht. Die Kunst besteht also darin, in der individuellen Situation jeweils das gute Maß zwischen Überinvolvierung und hilfloser Abwendung zu finden.

Insbesondere, wenn die Krise durch ein Trauma im engeren Sinne ausgelöst wurde, gilt es eine weitere Besonderheit zu beachten: Traumatische Ereignisse sind nicht nur schrecklich, sie haben immer auch etwas faszinierendes: Wer von uns hat sich am 9. September 2001 die kollabierenden Twin Towers in New York City nicht immer und immer wieder am Fernsehen angeschaut? Auch als Therapeuten können wir uns der Anziehungskraft eines traumatischen Ereignisses nicht immer entziehen. Professioneller Umgang mit diesem Phänomen bedeutet, dass wir unsere Neugier bewusst zügeln: Der Therapeut muss nicht unbedingt über alle Details des traumatischen Ereignisses Bescheid wissen. Es geht vielmehr darum, die therapeutische Beziehung und die Gesprächsatmosphäre so zu gestalten, dass der Patient ohne Angst den Therapeuten zu überfordern, soviel von seinen Erlebnissen erzählen kann, wie dies der Verarbeitung des Geschehenen oder der Linderung seines Leidens förderlich ist. Von vielen Patienten wird die Möglichkeit, die krankmachenden Erlebnisse einer verständnisvollen und vertrauenswürdigen Fachperson mitzuteilen, als hilfreich erlebt.

Keinesfalls darf die therapeutische Situation aber dazu missbraucht werden, um die Sensationsbedürfnisse des Therapeuten zu befriedigen (»sensation-seeking«)! Andererseits: Bei den Schilderungen interpersoneller Traumata wie Folter oder Vergewaltigung kann auch ein gesunder und unbefangener Therapeut an seine persönlichen Grenzen stoßen und sich unter Umständen der pathogenen Wirkung traumatischer Narrative nicht mehr entziehen. Er muss also darauf achten, dass er genügend Distanz wahrt, um nicht selber sekundär traumatisiert zu werden (»vicarious traumatization«).

Aus einer mehr theoretischen Perspektive sei schließlich darauf hingewiesen, dass die therapeutische Beziehung bereits bei der Problemanalyse, also in den ersten Minuten der ersten Krisensitzung, ganz wesentlich dadurch mitbestimmt wird, mit welchen metatheoretischen Grundannahmen der Therapeut seinem Patienten gegenübertritt: Sieht er eine Krise primär als pathologisches Geschehen, wird er dem Betroffenen ein Beziehungsangebot machen, welches durch die Elemente der klassischen Arzt-Patienten-Beziehung geprägt ist: Der Therapeut bestimmt weitgehend das Geschehen, während vom Patienten in erster Linie »Compliance« erwartet wird. Ein Krisenauslöser kann aber auch zunächst einmal als eine Herausforderung verstanden werden, wie dies in Antonovsky's Konzept der Salutogenese vorgeschlagen wird (Antonovsky 1987): Schlagartig erscheint die gesamte Situation in einem anderen Licht. Die Belastung muss nicht sofort beseitigt werden, sondern wird zum Stimulus, zur Herausforderung, der zu stellen es sich lohnt, und an deren Bewältigung der Betroffene wachsen kann. Ein Therapeut, der eine solche Einstellung einnimmt, wird sich dem Betroffenen weniger als Heiler, sondern vielleicht eher als Partner oder Begleiter anbieten, und entsprechend wird die therapeutische Beziehung mehr Elemente des Coaching beinhalten, wie man sie beispielsweise in der Beziehung zwischen einem Sportler und seinem Trainer findet.

### 6.3 Problemdefinition

---

In möglichst weitgehender Zusammenarbeit mit dem Patienten wird der Therapeut nun eine Problemdefinition erarbeiten. Er fasst zusam-

men, was er bisher erfahren hat, und versucht, die vielfältigen Informationen zu ordnen. Indem er Krisenauslöser, allfällige Krisenhintergründe und die aktuelle Symptomatik noch einmal anspricht, bemüht er sich, die Krise in verständliche Worte zu fassen. Alle bisherigen Lösungsversuche werden noch einmal erwähnt und entsprechend ihrer Wirksamkeit gewürdigt.

Hier gewinnt nun ein weiterer Aspekt der therapeutischen Beziehung zunehmend an Bedeutung: Durch sein transparentes, jederzeit nachvollziehbares Vorgehen hilft der Therapeut dem Patienten, seine Gedanken und Gefühle zu ordnen. Therapie hat nichts mit Magie zu tun! Gerade bei Kriseninterventionen soll der Patient möglichst rasch wieder erfahren können, dass er selber in der Lage ist, seine Lebenssituation wieder in den Griff zu kriegen. Es geht nicht in erster Linie darum, dass der Therapeut seinen Patienten mit klugen Bemerkungen (Interpretationen, Deutungen) beeindruckt. Viel wichtiger ist es, dass der Patient möglichst rasch einen »sense of mastery« bzw. »sense of control« (Hillman 2002) entwickelt, der es ihm ermöglicht, sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen.

Auch kommt es sehr darauf an, in welcher generellen Grundhaltung die Problemdefinition formuliert wird: Wird der Patient als »l'homme machine«, als ein Reiz-Reaktions-Organismus verstanden, der nun unter dem Druck äußerer Belastungen dysfunktional geworden ist und deshalb repariert werden muss? Oder sieht der Therapeut die momentane Krise als Episode im Leben eines in ständiger Entwicklung befindlichen Menschen, nimmt also die Perspektive einer Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne ein (Faltermajer et al. 1992)? Im letzteren Falle wird die therapeutische Beziehung sicherlich mehr zu einer Begegnung zweier Subjekte, zweier Mitmenschen, die beide in Entwicklung begriffen sind, und die letztlich beide auch voneinander lernen können.

Damit ist das Stichwort für einen weiteren Gesichtspunkt gegeben. Es macht einen Unterschied, ob der Therapeut dem Patienten eine Problemdefinition anbietet, die lerntheoretisch fundiert ist und auf dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensweisen fokussiert, oder ob er aus einer psychodynamischen Perspektive an das Problem heran-

geht und die biographischen Elemente der Krise stärker gewichtet: In einen Fall wird die therapeutische Beziehung tendenziell versachlicht und spielt sich eher auf einer kognitiven Ebene ab, im anderen nehmen die Emotionen einen wichtigeren Platz ein, die Ausbildung von Übertragungen wird begünstigt, und dadurch wird möglicherweise auch die Entwicklung einer vorübergehenden Abhängigkeit des Patienten von seinem Therapeuten gefördert.

## 6.4 Zieldefinition

Vor Abschluss der ersten Sitzung wird der Therapeut kurz erläutern, was er unter einer Krisenintervention versteht und welchen zeitlichen Rahmen er vorsieht (z.B. 4–6 Sitzungen im Zeitraum von ca. 4 Wochen). Er wird gemeinsam mit dem Patienten einige wenige erreichbare Ziele definieren und auf diese Weise eine realisierbare Zukunftsperspektive formulieren. Bei der Definition dieser Ziele ist es wichtig, dass er von ihrer Erreichbarkeit im Rahmen des gewählten Settings wirklich überzeugt ist. Nur so wird es ihm möglich sein, Hoffnung zu vermitteln.

Wie sollen diese Ziele aussehen? Soll in erster Linie eine Symptomreduktion oder eine Aktivierung von Ressourcen erreicht werden? Geht es um die Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse, oder um die Förderung anstehender Entwicklungsschritte (Willi 1996)? Steht »Heilung« im Vordergrund, oder persönliche Reifung? Die Wahl der Ziele hat einen Einfluss auf die therapeutische Beziehung: Je nachdem, auf welche Ziele sich Patient und Therapeut einigen, werden sie beispielsweise die komplementären Rollen des Helfers und Heilers bzw. des Hilflösen und Kranken einnehmen, die des Beraters bzw. des Ratsuchenden, oder die der Elternfigur bzw. des Kindes. Es liegt auf der Hand, dass diese unterschiedlichen Rollenverteilungen sehr unterschiedliche Beziehungsqualitäten evozieren werden. Da keine Krise der anderen gleicht, wäre es nicht angebracht, hier eine Wertung vorzunehmen und vorzuschreiben, welche Art der Beziehungsgestaltung bei Kriseninterventionen generell die richtige ist. Immerhin lässt sich in einem sehr allgemeinen Sinn sagen, dass Zieldefinitionen, die mit

einem stark regressionsfördernden Beziehungsangebot einhergehen, eher zu vermeiden sind: So wird z.B. das Ziel, »beziehungsfähig« zu werden, im Rahmen einer Krisenintervention kaum zu erreichen sein. Viel besser eignen sich klar fassbare und überprüfbare Ziele, wie z.B. die Beseitigung einer Schlafstörung oder die Wiederaufnahme der Arbeit. Jennifer Hillman hat hierfür das Acronym SMART geprägt (Hillman 2002): Die im Rahmen einer Krisenintervention ausgehandelten Ziele sollten *specific, measurable, attainable, realistic* und *time limited* sein. Solche Ziele ermutigen den Patienten auch eher zu einer aktiven Auseinandersetzung mit seiner Problematik.

## 6.5 Problembearbeitung

---

Den zeitlich größten Anteil einer Krisenintervention nimmt in aller Regel die eigentliche Problembearbeitung in Anspruch. Sie beginnt natürlich bereits in der ersten Stunde, von der zweiten bis zur letzten Sitzung steht sie dann ganz im Zentrum der Aufmerksamkeit. Es gibt eine ganze Reihe von Techniken, die sich in der Krisenintervention bewährt haben. Distanzierende Techniken helfen dem Patienten, von den aktuellen Problemen Abstand zu gewinnen. Hierzu gehört beispielsweise die vom Psychodrama bzw. der Gestalttherapie her bekannte Technik des Rollentausches. Supportive Techniken sollen das Selbstwertgefühl und Identitätserleben stützen. Bei drohendem Realitätsverlust oder dissoziativen Tendenzen kann mit Hilfe des sogenannten Realitätstrainings versucht werden, die Ich-Funktionen soweit zu stärken, dass der Patient »wieder Boden unter die Füße bekommt«: Er wird aufgefordert, Arme und Beine abzutasten, abzuklopfen oder das Gesicht zu reiben. In die Hände klatschen, kräftig durch den Raum gehen, oder auf den Boden stampfen wirkt ähnlich: Der Patient spürt sich besser, die Ich-Funktionen werden gestärkt, die Wahrnehmung wird klarer.

Die Art der Krisenbewältigung soll immer wieder durchgesprochen werden. Copingstrategien, die sich in der Vergangenheit bewährt haben, sollen unterstützt werden. In aller Regel ist ein aktives, zupackendes Verhalten eher geeignet, mit Belastungen fertig zu werden.

Eine passive, fatalistisch-resignative Haltung wirkt sich hingegen häufig eher ungünstig auf den Krisenverlauf aus. Durch Copingmodifikation hilft der Therapeut dem Patienten, sein Bewältigungsrepertoire zu erweitern und zu differenzieren. Ressourcenaktivierung und Copingmodifikation gehen oft Hand in Hand.

Der Erfolg einer Krisenintervention muss spürbare, sichtbare Auswirkungen haben. Einsichten allein genügen nicht. Deshalb wird der Therapeut nachfragen, wie es dem Patienten gelungen ist, die in der gemeinsamen Arbeit gewonnenen Erkenntnisse konkret anzuwenden. Erst bei gelungener Umsetzung in den Lebensalltag kann von einer erfolgreichen Krisenbewältigung gesprochen werden.

Es liegt auf der Hand, dass sich die therapeutische Beziehung während der Problembearbeitung, die ja den größten zeitlichen Raum innerhalb der Krisenintervention in Anspruch nimmt, erst so richtig entfaltet. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass Beziehungen in aller Regel ganz zu Beginn, anlässlich der ersten Interaktionen definiert werden. Mit anderen Worten: Der Grundstein für die therapeutische Beziehung und ihre Ausgestaltung wird beim Erstgespräch bzw. bei der Kontaktaufnahme, Problemanalyse, Problemdefinition und Zieldefinition gelegt. Während der Problembearbeitung wird die therapeutische Beziehung vertieft und ausdifferenziert. Sicherlich kann es in dieser Phase auch noch zu Modifikationen kommen, der Tenor ist jedoch vorgegeben und wird sich kaum mehr grundlegend ändern.

Die therapeutische Beziehung kann als Prozess intersubjektiver Korrespondenz aufgefasst werden (Petzold 1980). Voraussetzung für Korrespondenzprozesse ist aber »die wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozess der Korrespondenz einzutreten« (Petzold 1978). Die therapeutische Beziehung wird also durch das interaktive Verhalten aller Beteiligten geprägt und keinesfalls nur vom Therapeuten bestimmt. Das wird sofort klar, sobald wir an konkrete klinische Situationen denken: Mit einem akut psychotischen Patienten kann z.B. eine Beziehung mit bizarren, für Außenstehende schwer nachvollziehbaren Mustern entstehen, bei einer depressiven und suizidalen Patientin

wird die Sorge um das Überleben die Interaktion prägen, während bei einem Vergewaltigungsoffer vielleicht Misstrauen und ablehnendes Verhalten im Vordergrund stehen werden. Dennoch, das Beziehungsangebot und interaktive Verhalten des Therapeuten spielen natürlich eine wesentliche Rolle:

Wie weit, wie nahe lässt sich der Therapeut nun aber auf die Beziehung zu seinem Patienten ein? In welchem Maß lässt er sich durch das persönlich berühren, was der Patient in die Therapiestunde bringt? Lässt er sich davon berühren, anrühren, bewegen, betroffen machen, erschüttern? Wenn er betroffen oder sogar erschüttert ist, wie geht er damit um? Übt er »professionelle Zurückhaltung« und hält sich damit an die Abstinenzregel der klassischen Psychoanalyse? Es wurde bereits erwähnt, dass Krisenintervention eine relativ aktive therapeutische Haltung erfordert: So können z.B. konkrete Ratschläge in praktischen Belangen hilfreich sein und zur kurzfristigen Entlastung beitragen; auch direkte Interventionen im sozialen Umfeld des Patienten sind bei Kriseninterventionen nicht selten erforderlich. Wo aber liegt die Grenze zum Mitagieren? In Bezug auf längerfristige Entscheidungen wie zum Beispiel Scheidung oder Kündigung der Arbeitsstelle ist Zurückhaltung von Seiten des Therapeuten angebracht. Gelegentlich muss der Therapeut auch akzeptieren, dass der Patient Entscheidungen trifft, die aus Sicht des Therapeuten nicht optimal sind. Hier wird dem Therapeuten viel Flexibilität abverlangt: Das Ausmaß des persönlichen Engagements wird je nach Situation sehr unterschiedlich ausfallen; es wird sich unter Umständen sogar innerhalb der gleichen Krisenintervention in verschiedenen Phasen wesentlich ändern.

Ein konsequent abstinenter Stil entsprechend dem psychoanalytischen Behandlungsmodell fördert einen Beziehungsraum, in dem sich Übertragungen besonders intensiv entfalten können. Ein Therapeut, der sich als Person in den therapeutischen Prozess praktisch nicht einbringt, schafft ein Projektionsfeld, in dem sich frühkindliche Erlebnis- und Verhaltensmuster aktualisieren. Dadurch entsteht ein Regressionsklima, was bei längerfristig ausgelegten Psychotherapien unter Umständen erwünscht und sinnvoll ist. Bei Kriseninterventionen soll hingegen versucht werden, den Regressionstendenzen des

6 Patienten nach Möglichkeit entgegenzuwirken. Deshalb ist hier ein Beziehungsangebot, das durch selektive Offenheit (Petzold 1980) geprägt ist, eher am Platz: Wenn der Therapeut durch die Erzählung der Patientin berührt oder bewegt ist, so wird sie dies mehr oder weniger bewusst ohnehin registrieren. Die verbale Benennung einer solchen Gestimmtheit schafft eine Atmosphäre der Transparenz und kann der Patientin helfen, bis dahin vielleicht schwer fassbare, weil nicht recht benennbare Emotionen genauer bei sich selber wahrzunehmen: beispielsweise kann aus zunächst »namenlosem Unglück« oder »unsäglichem Leid« ein Gefühl entstehen, in dem sich Elemente von Trauer und Wehmut mit Ärger mischen. Indem die Patientin auf diese Weise emotionale Differenzierungsarbeit leistet, verschafft sie sich Klarheit und damit die Voraussetzung zu geplanten, zielgerichteten Handlungen in Richtung auf eine Lösung ihrer anstehenden Probleme.

Der Therapeut lässt sich in der Krisenintervention also in einem gewissen Maße ein, idealerweise jedoch ohne sich dabei zu verlieren: Er lässt sich auf sich und den Patienten, auf die Therapiesituation und auf die Inhalte ein, welche der Patient zur Sprache bringt. Damit begibt er sich als Subjekt in den intersubjektiven Raum, welcher zwischen den Beteiligten im Sprechzimmer entsteht. Niemals darf es aber um ein totales Engagement gehen: Wenn sich der Therapeut zu sehr involviert und in einen unreflektierten Aktivismus verfällt, verliert er die Übersicht über das Geschehen. Bildlich gesprochen: Ich kann einem Menschen, der in einem Sumpf unterzugehen droht, nur dann helfen, wenn ich zwar nahe genug am Sumpf stehe, um ihm die Hand zu reichen, mich aber noch auf sicherem, festem und trockenem Boden befinde, damit ich nicht selber in den Sumpf hineingezogen werde.

Bei der Problembearbeitung zeigt sich sehr deutlich, inwieweit der Therapeut in der Lage ist, flexibel mit einer sich rasch ändernden therapeutischen Beziehung umzugehen. Wie bereits erwähnt, sind Krisen durch hohe Prozessgeschwindigkeiten gekennzeichnet. Bei einer erfolgreich verlaufenden Krisenintervention ist deshalb davon auszugehen, dass der Patient rasch Fortschritte macht: Er stabilisiert sich emotional, kann klarer denken, fühlt sich in seinem Selbstwert gekräftigt, und damit wird er zu einem anderen, stärkeren und auto-

nomeren Beziehungspartner. In kurzer Zeit wird im günstigen Fall aus einer »Be-handlung« ein »Korrespondenz-Prozess«, in dem die Beteiligten mehr und mehr zu Partnern werden. Und kaum ist das Ziel der vermehrten Autonomie und Selbstverantwortung seitens des Patienten auch nur ansatzweise erreicht, wird die therapeutische Beziehung schon durch ein neues Element eingefärbt, nämlich durch das Ende der Intervention und den Abschied vom Therapeuten.

## 6.6 Termination

---

Nach 4–6, höchstens einmal 8 Sitzungen sollte die ambulante Krisenintervention abgeschlossen werden können. Ein guter Abschluss gelingt dann, wenn sich beide, Patient und Therapeut, nicht von der letzten Sitzung überraschen lassen. Die Termination muss also früh, etwa bei der Hälfte der vereinbarten Sitzungen, bereits ins Auge gefasst und wiederholt angesprochen werden. Wichtigstes Element in dieser letzten Phase ist eine abschließende Standortbestimmung: Ist die Krise wirklich überwunden? Wie geht es dem Patienten heute subjektiv? Wie steht es mit den Belastungsfaktoren, die seinerzeit zur Krise geführt haben? Ist es gelungen, Stressoren zu eliminieren oder abzuschwächen? Konnten neue Ressourcen erschlossen werden?

Zum Abschluss werden mit Blick in die Zukunft potenzielle kommende Krisen antizipiert: Hat der Patient im Umgang mit Krisen etwas dazugelernt? Wie wird er mit zukünftigen Belastungssituationen umgehen? Hier eignen sich imaginative Verfahren besonders gut: Im Tagtraum soll sich der Patient in die Situation einer vorausfantasierten Krise begeben und versuchen, die im Laufe der Krisenintervention angeeigneten Erkenntnisse anzuwenden, Ressourcen zu erschließen und Copingstrategien einzusetzen.

Bei der Termination wird sich erweisen, ob es gelungen ist, eine der Situation angemessene therapeutische Beziehung aufzubauen, und davon hängt schließlich zu einem wesentlichen Teil das Gelingen bzw. Misslingen der Krisenintervention ab. Allerdings hat die therapeutische Beziehung hier, am Ende der Intervention, noch einmal eine Bewährungsprobe zu bestehen, an der das ganze Unternehmen schei-

tern kann: Es geht um die Frage, wie gut es den Beteiligten gelingt, konstruktiv mit dem Thema des Abschieds umzugehen. Sehr häufig werden Krisen ja durch Verlusterlebnisse im weitesten Sinne ausgelöst, durch Trennung von relevanten Beziehungspartnern, durch Tod eines Nahestehenden, oder auch durch Verlust einer Überzeugung, eines ethischen Wertes. Das Ende der Intervention und der Abschied vom Therapeuten stellt nun ebenfalls ein Verlusterlebnis dar, insbesondere wenn sich im Rahmen der Krisenintervention eine gute, vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Beziehung entwickelt hat. Das Ende der Krisenintervention bedeutet für den Patienten also eine Herausforderung in einem Bereich, in dem er soeben erst schmerzliche Erfahrungen gemacht hat. Nun kann es sein, dass der Therapeut im Hinblick auf den Themenbereich Verlust und Abschied seinerseits ebenfalls nicht völlig frei von Ambivalenz oder sogar neurotischen Konflikten ist. So kann es passieren, dass beide das Thema tendenziell vermeiden und es schließlich verpassen, das Ende der Intervention rechtzeitig ins Auge zu fassen und zu besprechen. Anders gesagt: Es liegt in der Verantwortung des Therapeuten, die Schlussphase der Intervention so zu gestalten, dass es nicht zu einem abrupten Therapieabbruch und damit zu einer »iatrogenen Retraumatisierung« kommt. Gelingt es hingegen einen guten Abschluss zu finden, kann dies für den Patienten unter Umständen eine neue, positive Erfahrung sein, auf die er in späteren Krisen oder Verlustsituationen zurückgreifen kann.

Patient und Therapeut werden jetzt noch einmal gemeinsam prüfen, welche Ziele erreicht wurden, welche allenfalls modifiziert werden mussten, aber auch welche Ziele nicht realisiert werden konnten. Aus neueren Untersuchungen wissen wir, dass die Therapieerwartungen des Patienten via die therapeutische Beziehung einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Auch die Erwartungen des Therapeuten wie auch die therapeutische Beziehung haben je einen, allerdings direkten, unabhängigen Einfluss auf den Therapieerfolg (Meyer et al. 2002). Diese Forschungsergebnisse machen noch einmal deutlich, wie wichtig es ist, von Anfang an klare und mit einer großen Wahrscheinlichkeit auch erreichbare Ziele zu formulieren, um die Chancen zu optimieren,

dass die Therapieerwartungen aller Beteiligten auch realisiert werden können.

## 6.7 Follow-up

---

Es hat sich bewährt, vor dem definitiven Abschluss der Krisenintervention noch ein einmaliges Gespräch im Abstand von ca. 2–3 Monaten vorzuschlagen (Battegay 1991). Im follow-up-Gespräch wird zunächst Rückblick gehalten: Wie sieht der Patient die durchgestandene Krise vom heutigen Standort aus? Was hat er daraus gelernt? Kann er die Krise als sinnvolle Episode in sein Leben integrieren? Dann aber: Wie geht es dem Patienten heute, 2–3 Monate nach Abschluss der Krisenintervention? Was hat sich alles in seinem Leben geändert?

Vielleicht ist der Patient nun gar kein Patient mehr, sondern ein gesunder Mensch, der eine Krise erfolgreich überwunden hat. Vielleicht berichtet er sogar darüber, dass die Krise neben allen Belastungen und Schwierigkeiten auch Positives mit sich gebracht hat. Für den Bereich der Psychotraumatologie haben Tedeschi und Calhoun den Begriff der »Posttraumatic Growth« geprägt (Tedeschi und Calhoun 1996): Ein Trauma kann neben den unbestrittenen, oft verheerenden gesundheitlichen Auswirkungen unter gewissen Umständen auch den Anstoß für positive Entwicklungen geben, wie dies von Vertretern der klassischen Krisentheorie unter dem Schlagwort »Krise = Gefahr und Chance« ja immer postuliert, allerdings nie empirisch belegt wurde. Das Konzept geht davon aus, dass traumatische Ereignisse sowohl positive wie auch negative Auswirkungen haben können, die sich gegenseitig nicht ausschließen müssen. Viele Betroffene berichten, dass sie neue Möglichkeiten für ihr Leben entdeckt und erschlossen haben, dass sich ihre Beziehung zu anderen Menschen grundlegend und eben manchmal auch in positivem Sinne verändert hat, dass sie an persönlicher Stärke gewonnen haben und in spiritueller bzw. religiöser Hinsicht weitergekommen sind, oder dass sie seit dem Trauma ihr Leben intensiver wahrnehmen und bewusster wertschätzen. Wenn er auf diese Möglichkeit achtet und gezielt danach fragt, findet sich der Therapeut unter Umständen plötzlich in der Rolle des Schülers, der

seinem ehemaligen Patienten zuhört und aus dessen Erfahrungen etwas für sei eigenes Leben lernen kann.

Es kommt jedoch nicht selten vor, dass die Krise zwar gut überwunden ist und der Patient psychosozial wieder gut angepasst ist und »funktioniert«, dass er sich aber nun tieferliegender Probleme bewusst(er) geworden ist, die schon vor der Krise vorhanden waren. Es muss also die Frage einer weiterführenden Psychotherapie besprochen werden. Der Therapeut wird hier zum Berater und Vermittler, der dem Patienten hilft, einen geeigneten Therapieplatz zu finden. Er wird mit dem Patienten auch darüber sprechen, dass die therapeutische Beziehung in einer längerfristig ausgelegten Psychotherapie anders aussehen wird als in einer Krisenintervention: Die hohe Prozessgeschwindigkeit, die relativ aktive, manchmal auch direktive Haltung des Therapeuten, und die zeitliche Limitierung geben der therapeutischen Beziehung bei Kriseninterventionen ihr besonderes Gepräge. Ganz anders bei längerdauernden Psychotherapien: Hier verhält sich der Therapeut wesentlich zurückhaltender, »abstinenter«; vom Patienten wird hingegen wesentlich mehr Eigeninitiative erwartet. Man stellt sich gegenseitig auf einen längeren Zeitraum ein und lässt unter Umständen mehr Raum für die Entwicklung einer Übertragungsbeziehung. Wenn diese Unterschiede nicht beachtet werden, kann es auf beiden Seiten zu Enttäuschungen kommen. Viele Autoren raten deshalb eher davon ab, eine Krisenintervention nahtlos in eine psychotherapeutische Behandlung übergehen zu lassen (Gold und Stricker 2001; Hillman und Stricker in press). Wird die Indikation für eine längerdauernde Therapie gestellt, ist es unserer Ansicht nach auf Grund der veränderten Therapeutenrolle in der Regel besser, wenn diese nicht durch denselben Therapeuten durchgeführt wird.

Bis zum Schluss der Krisenintervention wird also allen Beteiligten ein hohes Maß an Rollenflexibilität abverlangt. Der Therapeut ist einmal als Therapeut, dann als »Partner«, einmal als »Facilitator« und kurz darauf als »Begleiter« gefragt. Dementsprechend wird die therapeutische Beziehung einmal wie eine Eltern-Kind-Beziehung, einmal wie ein Lehrer-Schüler-Verhältnis aussehen. Allerdings: Auch wenn

die Beziehung gegen Ende der Krisenintervention partnerschaftlicher wird, bleibt immer ein gewisses Maß an Asymmetrie bestehen. Keine dieser Modalitäten ist »richtig« oder »falsch«. Eine gute Krisenintervention zeichnet sich vielmehr dadurch aus, dass es dem Therapeuten wie auch dem Patienten im Verlauf der Intervention immer wieder gelingt, den richtigen Ton zu finden, sich rasch und elastisch auf situative oder kontextuelle Änderungen einzustellen und nicht an präformierten Vorstellungen festzuhalten.

## 6.8 Zusammenfassung

---

Eine Krisenintervention kann in verschiedene Phasen entsprechend des 7-Punkte-Modells gegliedert werden, wobei diese nicht stur chronologisch aufeinander folgen müssen und sich naturgemäß auch überschneiden. Entsprechend den Phasen der Krisenintervention ändert sich auch die Rolle des Therapeuten und dadurch die therapeutische Beziehung. In der Phase der Kontaktaufnahme stehen Klärung des Settings und affektive Rahmung im Zentrum. Der Therapeut wird Halt vermitteln und gleichzeitig Raum für emotionale Entlastung bieten. In dieser Phase wird der Grundstein für eine tragfähige Beziehung gelegt. Die Phase der Problemanalyse ist einerseits geprägt durch ein exploratives Verstehen der Krisenauslöser und -hintergründe im Kontext der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation, andererseits durch eine Coping- und Ressourcenanalyse. Die therapeutische Beziehung kann in dieser emotionalen Phase zu einer Gratwanderung zwischen Überinvolvierung, hilfloser Abwendung, »sensation-seeking« und »vicarious traumatization« werden. Die Phase der Problemdefinition ist geprägt durch Transparenz und Schaffen von Ordnung. Durch Strukturierung und Hierarchisierung der anstehenden Probleme erlangt der Patient wieder vermehrt Kontrolle über seine Situation. Daran anschließend sollten einige wenige realisier- und überprüfbare Ziele definiert werden. Ob sich eher eine komplementäre oder partnerschaftliche Beziehung entwickelt, ist in hohem Maße sowohl von der Problem- als auch der Zieldefinition abhängig.

Die Phase der Problembearbeitung nimmt zeitlich den größten Raum ein und ist geprägt durch ein – im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Settings – aktives, handlungsorientiertes Vorgehen des Therapeuten. Dabei soll jedoch einer Regression des Patienten durch Ressourcenaktivierung und Copingmodifikation ohne Überforderung entgegengewirkt werden. Die Termination der Krisenintervention, die von Anfang an als zeitlich limitiert definiert wurde, sollte frühzeitig und wiederholt angesprochen werden. Der Patient, der durch die Krisenintervention Halt und Sicherheit erfahren hat, wird die Beendigung der therapeutischen Beziehung möglicherweise als erneuten Verlust erleben. Dies darf nicht dazu führen, das Thema des Abschieds zu vermeiden. Vielmehr kann die Beendigung einer Beziehung ohne Abbruch zu einer wertvollen Erfahrung werden und die Wiedererlangung der Autonomie fördern. Ein follow-up-Gespräch nach einem größeren Intervall gibt Gelegenheit, mit etwas mehr Distanz Rückblick zu halten. Im Laufe einer Krisenintervention wird allen Beteiligten eine beträchtliche Rollenflexibilität abverlangt, wodurch sich auch die therapeutische Beziehung in rascher Folge modifizieren kann.

Oft sind am Ende einer Krisenintervention naturgemäß nicht alle Probleme gelöst. Die Erfahrung, dass sich, ausgehend von einer scheinbar auswegslosen Situation, einige wenige Ziele erreichen lassen, stärkt jedoch das Vertrauen in die eigenen Bewältigungsfähigkeiten und in die neu erworbenen Copingstrategien und eröffnet nicht selten auch in anderen Bereichen neue Optionen. Die Vermittlung von Halt und Hoffnung durch den Therapeuten ermöglicht, dass die Weichen in Richtung einer positiven Entwicklung gestellt und anstehende Entwicklungsschritte unternommen werden können.

## Literatur

---

- Antonovsky A (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey Bass, San Francisco
- Argelander H (1983) Das Erstinterview in der Psychotherapie, 2 edn. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Battegay R (1991) Krisenintervention bei Suizidalen. Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis 80: 222-229

- Boszormenyi-Nagy I, Krasner BR (1986) *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy.* Brunner/Mazel, New York
- Cullberg J (1978) Krisen und Krisentherapie. *Psychiatrische Praxis* 5: 25-34
- Dormagen H (2000) Kriseninterventionszentrum am Allgemeinkrankenhaus: Ein Baustein künftiger psychiatrischer Regelversorgung? In: Schnyder U, Sauviant J-D (eds) *Krisenintervention in der Psychiatrie.* Huber, Bern, pp 75-84
- Faltermäier T, Mayring P, Saup W, Strehmel P (1992) *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters.* Kohlhammer, Stuttgart
- Gold J, Stricker G (2001) A relational psychodynamic perspective on assimilative integration. *Journal for Psychotherapy Integration* 11: 43-58
- Hillman JL (2002) *Crisis intervention and trauma. New approaches to evidence-based practice.* Kluwer Academic/Plenum, New York
- Hillman JL, Stricker G (in press) A call for psychotherapy integration in work with older adult patients. *Journal for Psychotherapy Integration*
- Meyer B, Pilkonis PA, Krupnik JL, Egan MK, Simmens SJ, Sotsky SM (2002) Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70: 1051-1055
- Petzold HG (1978) Das Ko-responsenzmodell in der integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1: 21-58
- Petzold HG (1980) Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: Petzold H (ed) *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (Vergleichende Psychotherapie).* Junfermann, Paderborn, pp 223-290
- Sauvant J-D (2000) Gedanken zur stationären Krisenintervention. In: Schnyder U, Sauviant J-D (eds) *Krisenintervention in der Psychiatrie.* Huber, Bern, pp 85-110
- Sauvant J-D, Schnyder U (2000) Zur Unterscheidung von »Nofall« und »Krise« in der Psychiatrie. In: Schnyder U, Sauviant J-D (eds) *Krisenintervention in der Psychiatrie.* Huber, Bern, pp 45-54
- Schnyder U (1995) Family-based crisis intervention after suicide attempt. *Nervenarzt* 66: 554-560
- Schnyder U (2000) Ambulante Krisenintervention. In: Schnyder U, Sauviant J-D (eds) *Krisenintervention in der Psychiatrie.* Huber, Bern, pp 55-74
- Schnyder U, Sauviant J-D (2000) *Krisenintervention in der Psychiatrie.* Huber, Bern
- Tedeschi RG, Calhoun LG (1996) The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 9: 455-471
- Willi J (1996) *Ökologische Psychotherapie. Theorie und Praxis.* Hogrefe, Göttingen

## Die therapeutische Beziehung in der Depressionsbehandlung

*Daniel Hell*

- 7.1     Integratives Depressionsmodell    – 120
- 7.2     Therapeutische Herausforderung    – 122
- 7.3     Depressionsspezifische  
         Interaktionsschwierigkeiten    – 123
- 7.4     Stolpersteine und Fallgruben    – 125
- 7.5     Zusammenfassung    – 127
  
- Literatur    – 127

- Die therapeutische Beziehung stellt bei depressiven Menschen insofern eine besondere Herausforderung dar, als Depressionen auch die Beziehungsfähigkeit beeinträchtigen. Die Depression wird zwar hauptsächlich als psychologisches und biologisches Phänomen gesehen. So beruhen die diagnostischen Kriterien v.a. auf Veränderungen der Erlebnisweise, insbesondere wird eine vital-depressive Verstimmung (Bedrücktheit, Niedergeschlagenheit) gefordert. Die Ursache depressiver Stimmungen wird mit einer veränderten Hirnaktivität – insbesondere des limbischen Systems und des Stirnhirns – in Zusammenhang gebracht, wobei zugleich eine genetisch vermittelte oder biografisch erworbene Veränderung der Stressverarbeitung – die Disregulation der HPA-Achse – hervorgehoben wird.

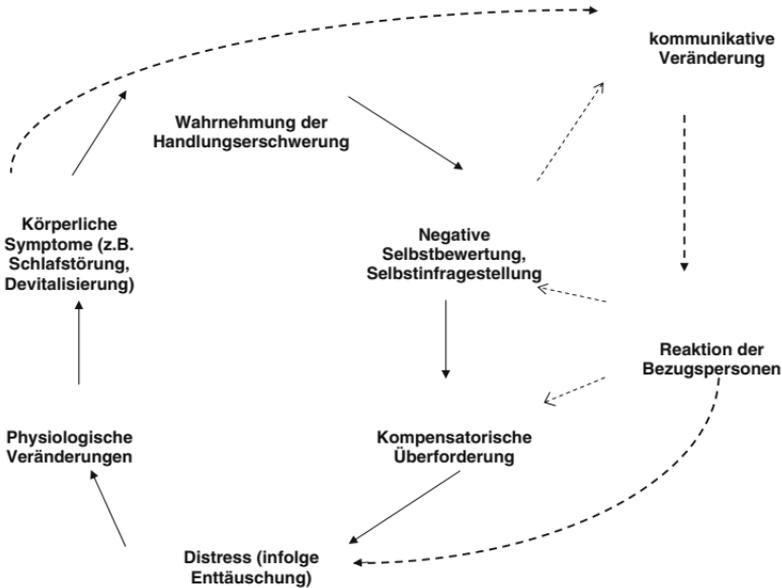
Es wird leicht übersehen, dass depressive Erkrankungsformen in der Regel auch mit sozial-kommunikativen Veränderungen einher gehen. Depressive Menschen sind nicht nur in ihrer Genuss- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt, sondern weisen generell eine Hemmung ihres Ausdrucksvermögens auf. Ihre Reaktionsfähigkeit ist zwischenmenschlich verlangsamt, sodass Depressionen regelhaft nicht nur mit psychologischen und biologischen Problemen, sondern auch mit interaktionellen Schwierigkeiten einher gehen (Hell, 1998, 2003 a)

## 7.1 Integratives Depressionsmodell

---

Weil eine Depression sich regelhaft in sozial-kommunikativen Veränderungen äußert, kann sie nicht isoliert betrachtet werden. Es gilt, auch die Interaktion mit den Bezugspersonen zu berücksichtigen. Das Depressionsgeschehen kann modellhaft durch eine intrapersonelle und eine interpersonelle Dynamik charakterisiert werden.

Auf  Abb. 7.1 entspricht der innere Kreis den intrapersonellen Vorgängen, der äußere den interpersonellen Vorgängen. Intrapersonell folgen auf schwere Belastungssituationen physio- und pathophysiologische Veränderungen – wie ein Anstieg des Cortisols – die wiederum mit körperlichen Symptomen einher gehen. Eine wichtige körperliche Veränderung stellt der objektivierbare Kräfteverlust der Muskulatur, bzw. das Einfrieren von Haltung, Mimik und Gestik dar



innerer Kreis: intrapersonelle Vorgänge  
 äußerer Kreis: interpersonelle Vorgänge

■ **Abb. 7.1.** Integratives Depressionsmodell (mit Berücksichtigung der interpersonellen Veränderungen)

(Bader et al, 1999). Dieser depressive Ausdruck wirkt wie ein starker Stimulus und ruft Reaktionen bei den Betroffenen hervor, die wiederum auf die depressiven Personen zurück wirken. Dabei kann je nach Reaktionsweise der Bezugsperson die Selbstinfragestellung der depressiven Personen noch unterstützt werden. Insbesondere abwertende und beschämende Kommentare sowie Trennungsdrohungen fördern die Selbstabwertung depressiver Menschen. Eine weitere Folge kann sein, dass die depressiven Personen aus ihrer schwachen Position heraus versuchen, die als stigmatisierend empfundene Verstimmung noch stärker abzuwehren, was allerdings die depressive Blockade eher fördert als hemmt. Infolgedessen verstärkt sich die Überforderungssituation depressiver Menschen und es kommt zu sekundären Enttäuschungen und Belastungen.

Umgekehrt kann Anteilnahme, Verständnis, praktische Unterstützung sowie Ermutigung (auch zu noch vorhandenen negativen Gefühlen) von Bezugspersonen auf depressive Menschen einen günstigen Einfluss ausüben. Diese interaktionelle Dynamik betrifft nun nicht nur Depressive und ihre Lebenspartner, sondern prägt häufig auch die Arzt-Patienten-Beziehung.

## 7.2 Therapeutische Herausforderung

---

Die depressionsspezifische Interaktionsdynamik bringt es mit sich, dass auch Therapeuten öfters enttäuscht, ärgerlich und kritisch reagieren und Gefahr laufen, nicht nur zu ermutigen, sondern auch zu entmutigen. Nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung ist eine solche Reaktionsweise prognostisch ungünstig.

Übereinstimmend hat die Psychotherapieforschung gezeigt, dass mindestens drei Therapeutenvariablen methodenübergreifend wirksam sind (Übersicht bei Baumann und Perrez, 1998).

- Der erste Faktor ist die Fähigkeit, eine warme, wertschätzende und angstfreie Beziehung aufzubauen. Er entspricht weitgehend den drei Variablen von Rogers (1951): Wärme, Empathie und Echtheit. Orlinsky et al 1994 haben den Forschungsstand anhand von über 1000 einschlägigen Wirkungsstudien dahin gehend zusammen gefasst, dass es sich bei diesem Faktor um eine zentrale Therapeutenvariable handle – und zwar sowohl in Einzel- wie in Gruppentherapien.
- Als zweites ist der Einfluss der Erwartungshaltung auf Therapeuten-seite gut dokumentiert worden. Nach Beutler et al 1994 ergeben sich die günstigsten therapeutischen Wirkungen, wenn sowohl die Erwartung der Therapeuten wie die Erwartung der Patienten positiv sind.
- Zum dritten kann der Therapeut für den Patienten eine Modellfunktion haben. Nach einer Übersicht von Baumann und Perrez, 1998, ist es vor allem günstig, wenn der Therapeut Selbstakzeptanz, Sicherheit und Frustrationstoleranz ausstrahlt.

### 7.3 Depressionsspezifische Interaktionsschwierigkeiten

So wichtig diese drei Therapeutenvariablen erscheinen, so oft sind sie gerade bei Auftreten von Depressionen in der therapeutischen Beziehung in Frage gestellt. Wie in ■ Abb. 7.2 zusammen gefasst, ist die depressive Beziehung nämlich durch drei Besonderheiten geprägt:

- In kognitiver Hinsicht sind depressive Menschen in ihren Äußerungen oft gehemmt, was den Gesprächsfluss stockend macht und beim therapeutischen Gegenüber die Aufmerksamkeit behindern kann.
- In emotionaler Hinsicht sind depressive Menschen herab gestimmt und bedrückt. Diese emotionale Entleerung kann sich wie ein depressiver Sog auf das Gegenüber auswirken und – wie in vielen Untersuchungen gezeigt (Übersicht bei Hell 1998, 2003 b) – zu einer Deprimierung führen.
- In personaler Hinsicht sind depressive Menschen aber auch stark leidende Personen, die Betroffenheit und Anteilnahme auslösen. Sie sind nicht nur in ihrer Vorgeschichte oft traumatisiert worden, sondern erleben auch die Depression selber wie ein Trauma.

Die dargestellte interaktionelle Problematik in der therapeutischen Beziehung mit depressiven Personen ist in etwas anderer Weise auch von der verhaltensorientierten Forschung heraus gearbeitet worden

#### Depressive Phänomenologie

#### Interaktionelle Auswirkung

1. Initiierungshemmung und kognitive Beeinträchtigung →

Stockender Gesprächsfluß  
Deprivation

2. Emotionale Herabgestimmtheit  
Leere →

Depressiver Sog  
Deprimierung

3. Psychischer Schmerz  
Traumatisierung →

Betroffenheit  
Alarmierung

■ **Abb. 7.2.** Besonderheiten der Beziehung zu depressiven Personen

DEPRESSIVER → PARTNER

**APPELLATIONSVERHALTEN:**

VERZWEIFLUNG, HILFLOSIGKEIT → MITGEFÜHL UND MITLEID  
 („SCHREI NACH LIEBE“) → ANTEILNAHME

**HOSTILITÄTSVERHALTEN:**

NEGATIVE GEFÜHLE, DYSPHORIE → EINDRUCK DES ABGEWISEN-  
 WERDENS  
 („KLAGSAMKEIT“) → ENTÄUSCHUNG, ÄRGER

**DEPRIVATIONSVERHALTEN:**

HEMMUNG, INTERESSEVERLUST → DÄMPFUNG DER ERWAR-  
 TUNGEN  
 („VERSTEINERUNG“) → ZURÜCKHALTUNG



ZWIESPÄLTIGE BOTSCHAFT ← SPANNUNG, LÄHMUNGSGEFÜHLE, VERUNSICHERUNG (EMOTIONALER STRESS)

■ **Abb. 7.3.** Depressives Verhalten in Wechselwirkung mit anderen

(■ Abb. 7.3). Es wurden drei Verhaltenskomponenten depressiver Menschen unterschieden, nämlich das Appellverhalten, das Hostilitätsverhalten und das Deprivationsverhalten (Coyne 1976, Hautzinger et al 1982). Depressionen stellen zwiespältige Botschaften dar, die im Gegenüber widersprüchliche Gefühle (wie Anteilnahme, Ärger und Zurückhaltung) auslösen und zu Spannung und Verunsicherung beitragen.

## 7.4 Stolpersteine und Fallgruben

---

Auch wenn Therapeuten ihre Reaktionen in der Regel zurückhaltender als Angehörige zeigen, lässt sich in Supervisionen von Therapeuten, die depressive Menschen behandeln, doch immer wieder erfahren, dass auch Therapeuten ähnlichen Stolpersteinen ausgesetzt sind wie engagierte Angehörige. Zu diesen Stolpersteinen gehört, dass depressive Personen vertröstet («Es ist alles halb so schlimm», «Freue dich am schönen Wetter») oder ärgerlich kritisiert («Nimm dich zusammen», «Es ist eine Frage des Willens») werden. Therapeuten werden zwar depressive Personen selten direkt vertrösten, aber es kommt doch vor, dass gegenüber anhaltend depressiv verstimmt Menschen Behandlungsfortschritte betont werden, auch wenn sich die depressiven Personen vielleicht noch schlechter fühlen als vorher. Auch stellen Therapeuten Patienten selten direkt in den Senkel, deuten aber öfters ihren Ärger an, indem sie Patienten sublim abwerten. Insbesondere wird von Therapeuten manchmal zu wenig beachtet, dass sich depressive Menschen in einer beschämenden Situation befinden und psychologische Ratschläge oft wie Schläge wirken.

Gerade in längeren und intensiven Therapien mit depressiv verstimmt Menschen stellt es eine erhebliche Herausforderung dar, sich anhaltend interessiert und offen zu zeigen angesichts sich wiederholender Klagen und monoton wirkender Berichte der betroffenen Patienten.

Nach meiner Erfahrung ist es etwas leichter, eine negative Gegenübertragung zu vermeiden, wenn man sich der dargelegten Interaktionsproblematik bewusst und am depressiven Erleben des Patienten persönlich interessiert ist. Ferner kann auch das Beachten der eigenen Gefühle eine Hilfe sein, nicht in den depressiven Sog hinein gezogen zu werden. Die Achtsamkeit für das eigene emotionale Erleben angesichts von Not und Trostlosigkeit der Patienten verhilft dem Therapeuten zu einer besseren Verankerung in sich selbst und macht es ihm leichter möglich, gegenüber depressiven Menschen gelassen und offen zu bleiben.

In methodenübergreifender Hinsicht sind für den psychotherapeutischen Umgang mit depressiven Personen v.a. folgende Kompetenzen und Hilfestellungen herausgearbeitet worden:

- Achtsamkeit für
  - aktuelle Behinderung, inklusive Suizidalität
  - erhaltene Fähigkeiten (z.B. »Inseln des Gemüts«)
  - psychosoziale Ressourcen
- Offenheit für eigene Gefühle (»inkl. Gegenübertragung«)
- Theoretischer Bezugsrahmen als Orientierungshilfe (cave: theoretische Voreingenommenheit als Abwehr)
- Günstiges Therapiesetting und -timing (dem Patienten Zeit lassen, sich Zeit nehmen)
- Realistisch Hoffnung geben

Sie haben auch Gültigkeit, wenn spezifische Psychotherapiemethoden wie interpersonale Therapie, kognitive Therapie oder psychodynamische Therapie zur Anwendung kommen. Diese Therapien verwenden unterschiedliche Techniken (vgl. ■ Tabelle 7.1), sind aber der gleichen Interaktionsproblematik ausgesetzt. Je nach angewandter Thera-

■ **Tabelle 7.1.** Die drei wichtigsten spezifischen Psychotherapiemethoden der Depression im Überblick

	<b>Interpersonale Therapie</b>	<b>Kognitive Therapie</b>	<b>Psychodynamische Therapie (v. a. psychoanalytische)</b>
Theorie der KH-Ursache:	belastende inter-personale Beziehungen	verzerrendes, negatives Denken	abgewehrte Gefühle (Ich-Regression)
Therapeutische Mittel	Lösung der inter-personalen Probleme	Veränderung der Denkmuster	Aufarbeiten von biographisch angelegten inneren Konflikten

pieform sind neben den bereits erwähnten Stolpersteinen zusätzliche Fallgruben zu beachten. Im Rahmen kognitiver Therapie ist speziell darauf zu schauen, dass die Positivierung des Denkens nicht dazu führt, eine vorsichtige Selbstinfragestellung der Patienten im Sinne einer Enttäuschungsprophylaxe bei hoher Selbsterwartung zu relativieren. Bei psychodynamischen Therapien, welche das emotionale Erleben ins Zentrum rücken, ist besonders zu berücksichtigen, dass depressive Menschen meist auch kognitiv eingeengt sind und dass sie nicht nur durch ihre Vorgeschichte, sondern auch durch die Depression selbst belastet sind.

## 7.5 Zusammenfassung

---

Die therapeutische Beziehung ist Voraussetzung jeder antidepressiven Behandlung. Das gilt auch für psychopharmakologische Therapieansätze. Die therapeutische Beziehung ist umso besser, je mehr der Therapeut – trotz depressiv geprägter Interaktionsweise – offen und achtsam bleiben kann. Es gehört zur fachlichen Kompetenz, um die sozial-kommunikative Dimension des depressiven Geschehens zu wissen und mit depressiven Beziehungsschwierigkeiten umgehen zu können.

## Literatur

---

- Bader JP, Bühler J, Endrass J, Klipstein A, Hell D (1999) Muscle strength and gait patterns of depressed people. *Nervenarzt* 70: 613–619
- Baumann U, Perrez M (Hrsg) (1998) *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*. 2. Aufl, Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Beutler LE, Machado PPP, Neufeld SA (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley, New York, S 229–269
- Coyne JC (1976) Towards an international description of depression. *Psychiatry* 39: 28–40
- Hautzinger M, Hoffmann N, Linden M (1982) Interaktionsanalysen depressiver und nichtdepressiver Patienten und ihre Sozialpartner. *Exp Angew Psychol* XXIX(2): 246–263
- Hell D (1998) Ehen depressiver und schizophrener Menschen – Eine vergleichende Stu-

die an 103 Kranken und ihren Ehepartnern. 2. Aufl, Springer, Berlin Heidelberg New York

Hell D (2003) Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. 9. Aufl, Rowohlt, Reinbeck

Hell D (2003) Seelenhunger – Der fühlende Mensch und die Wissenschaft vom Leben. 2. Aufl, Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle

Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behaviour change. Wiley, New York, S 229–269

Rogers CR (1951) Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. Houghton Mifflin, Boston

# Die therapeutische Beziehung in der Schizophreniebehandlung

*Wulf Rössler*

## **8.1 Therapeutische Ansätze – 131**

- 8.1.1 Historische Entwicklung – 131
- 8.1.2 State of the Art – 133
- 8.1.3 Defizite in der gegenwärtigen psychotherapeutischen Versorgung – 135
- 8.1.4 Neue Ansätze – 136

## **8.2 Die therapeutische Beziehung – 138**

- 8.2.1 Soziale Beziehungen schizophrenekranker Menschen – 138
- 8.2.2 Die Konstituierung der Beziehung im therapeutischen Raum – 139
- 8.2.3 Die Beziehungsgestaltung aus der Sicht des professionellen Helfers – 142
- 8.2.4 Professionelle Beziehungen im Kontext verschiedener Versorgungskulturen – 145

## **8.3 Fazit – 148**

**Literatur – 149**

➤ Die Schizophrenie ist eine zumeist im jungen Erwachsenenalter beginnende und häufig chronisch verlaufende seelische Erkrankung. Die Symptomatologie schizophrener Erkrankungen lässt sich im Hinblick auf therapeutische Zielsetzungen in Positiv- und Negativsymptome einteilen sowie unter rehabilitativen Gesichtspunkten auf die mit der Erkrankung einhergehenden Beeinträchtigungen, das tägliche Leben zu bewältigen sowie interpersonelle Beziehungen aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten. Dementsprechend benötigen an Schizophrenie erkrankte Menschen Hilfe und Unterstützung in vielen Bereichen ihres Lebens. So ist es nicht nur die Krankheit selbst, die es zu bewältigen gilt, sondern auch die Folgen der Erkrankung für das (soziale) Leben der Betroffenen. Für die Betroffenen steht deshalb die Sicherung existentieller Bedürfnisse zumeist im Vordergrund. Neben dem Wunsch nach sozialer Sicherheit suchen Schizophrenieerkrankte – wie andere Menschen auch – Zuneigung, Geborgenheit und Anerkennung.

Aber die Verwirklichung ihrer ursprünglichen Lebensziele bleibt ihnen in aller Regel versagt. So gibt es in ihrem Leben wenig, worauf sie stolz sein können oder wollen. Nicht zuletzt ihr mangelndes Selbstbewusstsein erschwert es ihnen, soziale Kontakte zu knüpfen. Ihr soziales Netz ist entsprechend klein, die Beziehungen sind eher locker und unverbindlich und bieten wenig Unterstützung. Ihre Sozialkontakte konzentrieren sich im Verlauf der Erkrankung zunehmend auf andere psychisch Kranke oder auf professionelle Helfer.

Folglich richten sich die Gespräche der professionellen Helfer mit den Betroffenen meist auf die folgenden Themen und Problembereiche:

- Bewältigung von Alltagsproblemen
  - Einstellung gegenüber und Umgang mit der Erkrankung
  - Lebensentwürfe im partnerschaftlichen und beruflichen Bereich
  - Umgang mit persönlicher Verletzlichkeit
  - persönliche Entwicklung in Bezug auf Selbstbewusstsein und Identität
  - Probleme mit Nähe und Distanz zur Herkunftsfamilie
  - Abhängigkeit von und Umgang mit professioneller Unterstützung
- Professionelle Helfer sind damit in vielfacher Hinsicht und auf verschiedenen Hilfeebenen gefordert. Psychotherapie repräsentiert dabei nur eine Facette erforderlicher Unterstützungsfunktionen. Die Besonderheiten

der Psychotherapie mit chronisch psychisch Kranken insbesondere Schizophreniekranken liegen vorderhand darin, dass die Betroffenen eher selten von sich aus nach Psychotherapie nachfragen. Ihr Hilfewunsch ist in der Regel wesentlich breiter gefasst und nicht selten von Ambivalenz gegenüber den professionellen Helfern geprägt.

Dabei werden die verschiedenen Berufsgruppen nicht alle gleichermaßen »hilfreich« wahrgenommen. Eine Befragung unter Betroffenen ergab, dass Sozialarbeiter und Pflegepersonen mit ihrer breiten, auf Alltagsprobleme ausgerichteten Hilfefähigkeit als besonders unterstützend und verständnisvoll erlebt werden. Auch Psychologen werden in dieser Hinsicht als emotional unterstützend erlebt. Ärzte hingegen mit ihrer Fokussierung auf Krankheitssymptome werden in diesem Zusammenhang nicht als sehr hilfreich empfunden. Ärzte wurden allenfalls auf ihre Fachkompetenz im Zusammenhang mit Informationsvermittlung und konkreten Ratschlägen geschätzt (Haberfellner und Rittmannsberger 1995).

Eine solche Einschätzung entspricht wohl kaum dem Selbstbild von Ärzten im Allgemeinen und Psychiatern im Speziellen. Aber angesichts der Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild scheint es an der Zeit, dass ärztliche Therapeuten ihre Haltung gegenüber chronisch psychisch Kranken überdenken sollten. Ist es doch gerade diese Gruppe psychisch Kranker, die von der umfassenden bio-psycho-sozialen Hilfefähigkeit von Ärzten im Besonderen profitieren könnten. Die unklare berufliche Identität hat aber auch etwas mit der Entwicklung des medizinischen Faches »Psychiatrie« zu tun sowie mit den teilweise bis heute dominierenden, nicht auf empirischer Evidenz gründenden Therapieschulen. Nachfolgend werden diese Entwicklungen in ihren Grundzügen nachgezeichnet und versucht, daraus die Richtung für ein zukunftsweisendes integratives Therapiekonzept mit einem Schwerpunkt auf der therapeutischen Beziehung aufzuzeigen.

## 8.1 Therapeutische Ansätze

---

### 8.1.1 Historische Entwicklung

---

Mehr als hundert Jahre Schizophrenieforschung haben zu einem entsprechend breiten Spektrum therapeutischer Ansätze in der Schizo-

phreniebehandlung geführt. Dabei waren die ersten fünfzig Jahre des vergangenen Jahrhunderts überwiegend von einem therapeutischen Nihilismus geprägt. Dies kommt auch in der ursprünglichen Bezeichnung dieser Erkrankung als »Dementia praecox« zum Ausdruck, die einen frühzeitig beginnenden und unabänderlichen Abbauprozess der kognitiven und emotionalen Prozesse der Betroffenen implizierte. Diese Diagnose führte zu meist jahrelangen, wenn nicht lebenslangen Aufhalten in psychiatrischen Anstalten. Die dort Untergebrachten führten ein elendes Leben. Durch die lang anhaltende soziale Deprivation verkümmerten die Patienten und verloren die meisten ihrer sozialen Fertigkeiten. Erst die Entdeckung der Neuroleptika in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts gab neue Hoffnung, wenn schon nicht die Krankheit heilen, doch den Krankheitsverlauf so günstig beeinflussen zu können, dass die Betroffenen außerhalb der Anstalten leben konnten. Die Einführung der Medikamente in die Schizophreniebehandlung war der Startpunkt weltweiter Versorgungsreformen mit den hinreichend bekannten Folgen (Rössler 2002).

Auch psychotherapeutische Ansätze in der Schizophreniebehandlung fanden vermehrt Beachtung. Entsprechend der allgemeinen Dominanz psychodynamisch orientierter Psychotherapieschulen in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde versucht, psychodynamische Therapieprinzipien auf die Behandlung Schizophreniekranker zu übertragen. Für diesen Ansatz steht kein anderer Name mehr als der von G. Benedetti. Benedetti (1999) betonte insbesondere die therapeutische Symbiose zwischen Therapeut und Patient, die den betroffenen Schizophreniekranken die Individuation, Reifung und Selbständigwerdung erlauben würde.

Die Hinwendung Benedettis zu psychodynamischen Behandlungsansätzen Schizophreniekranker erklärt sich vor dem Hintergrund der Zürcher Psychiatrieschule. Sie nahm ihren Ausgangspunkt bei Eugen Bleuler, der ungleich den zur damaligen Zeit dominierenden deutschen Psychiatrieprofessoren viel persönlichen Kontakt mit schizophreniekranken Patienten hatte und seine Erkenntnisse daraus ableitete. Entgegen den damals herrschenden Lehrmeinungen, beobachtete Bleuler (1911) bei vielen dieser Patienten einen deutlich günstigeren

Krankheitsverlauf als ursprünglich angenommen. Bleuler nannte die Symptome, die seines Erachtens den eigentlichen Krankheitsprozess widerspiegeln, Grundsymptome, während er die sich im Krankheitsverlauf so sehr in den Vordergrund drängenden Symptome wie Wahn oder Halluzination akzessorische Symptome nannte, die bereits Bewältigungsversuche der Psyche der eigentlichen Grundstörungen darstellen. Damit eröffnete Eugen Bleuler einen verstehenden Zugang zu den psychotischen Inhalten des Krankheitsgeschehens.

G. Benedetti hat bis heute sehr viele Anhänger in der Schweiz, die psychodynamische Psychotherapieprinzipien in die Schizophreniebehandlung integrieren. Gleichwohl stellt sich aus heutiger Sicht die Frage, ob es tatsächlich spezielle psychodynamische Behandlungsmerkmale als vielmehr die therapeutische Beziehung zu dem Patienten ist, die zur von Benedetti und Mitarbeitern (1985) beobachteten Stabilisierung der Betroffenen hauptsächlich beigetragen hat.

Die Hauptrichtungen der psychotherapeutischen Behandlung Schizophreniekranker nahm jedoch einen anderen Weg. Dies hat v.a. damit zu tun, dass die von großen Hoffnungen begleiteten psychodynamischen Therapieansätze in der Schizophreniebehandlung einer empirischen Überprüfung überwiegend nicht standhielten (Mueser & Bellack 1995). Diese Ernüchterung kommt zuletzt auch in einem Cochrane Review von Malmberg und Fenton (2003) zum Ausdruck, die aufgrund ihrer Metaanalyse zum Schluss kommen, dass psychodynamische Therapietechniken sich nicht für Schizophreniekranker eignen. Sie gehen sogar einen Schritt weiter, indem sie kritisch hinterfragen, ob psychodynamische Therapieansätze in dieser Hinsicht nicht nur keine, sondern möglicherweise schädliche Folgen für die betroffenen Schizophreniekranken haben können.

### 8.1.2 State of the Art

---

Im weiteren Fortgang nahm die konzeptuelle Entwicklung psychotherapeutischer Behandlungsansätze Schizophreniekranker deshalb eine andere Richtung. Die Bemühungen, chronisch psychisch Kranke in normale Lebensbezüge in der Gemeinde zu integrieren, verlagerte

die Aufmerksamkeit von einem Krankheitsmodell mit einem Fokus auf Symptomen auf ein Modell der funktionalen Beeinträchtigungen. Dies beinhaltet, dass andere Zielkriterien in der langfristigen Behandlung und Betreuung Relevanz erlangen (Rössler 2000). Insbesondere richten sich dabei die therapeutischen Bemühungen auf Einschränkungen der sozialen Rollenerfüllung, auf Defizite in sozialen Beziehungen oder auf Defizite im Hinblick auf Beschäftigung und Arbeit (vgl. ICF 2001). All diesen Ansätzen gemeinsam ist die verhaltenstherapeutische Orientierung.

Vor diesem Hintergrund entwickelten sich verschiedenartigste Behandlungsansätze mit dem Ziel, die sozialen Kompetenzen der Betroffenen wie auch ihre Bewältigungsstrategien zu stärken. Der prominenteste Vertreter dieser Richtung ist Robert Liberman, der über viele Jahre hinweg systematische und strukturierte Trainingsprogramme für die Betroffenen ausarbeitete (Liberman 1988). Die modular aufgebauten Programme richten sich auf ganz unterschiedliche Themenbereiche wie Medikamentenmanagement, Symptommanagement, Umgang mit Drogen, Problemlösestrategien, Freundschaft und Familie oder Umgang am Arbeitsplatz. Die einzelnen Lerneinheiten sind durch Rollenspiel, Problemlöseübungen, In-vivo-Übungen und Rückmeldung durch Videoaufnahmen gekennzeichnet. Die Effekte dieser Behandlungsprogramme sind inzwischen empirisch gut belegt (Kopelowicz & Liberman 1995).

Als Folge der Bemühungen, die Betroffenen so weit wie möglich in Ihrer natürlichen Lebenswelt zu betreuen, richtet sich heute die Aufmerksamkeit auch auf die Angehörigen und Familien der Betroffenen. Die Forschung in diesem Bereich konnte zeigen, dass eine negative Familienatmosphäre mit einem ungünstigen Verlauf der schizophrenen Erkrankung einhergeht. In der Folge wurden eine Reihe sehr erfolgversprechender Familienprogramme entwickelt, die die Rückfallrate signifikant reduzieren und den Verlauf der Erkrankung verbessern (Mojtabai et al. 1998).

Es ist eine Tatsache, dass trotz der überwältigenden Evidenz die wenigsten dieser therapeutischen Programme in die Regelversorgung Schizophreniekranker eingeführt worden sind. Die Versorgungsreali-

tät Schizophreniekranker zeichnet sich wohl eher durch die einseitige Verschreibung von Neuroleptika aus ohne perspektivisch lang angelegte ergänzende psychotherapeutische Strategien. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung, dass trotz erwiesener Wirksamkeit im Hinblick auf die Symptomunterdrückung und auf die Rückfallverhütung die Medikamentencompliance der Betroffenen gering ist (Rössler 2003).

Mangelnde Compliance mit der Medikation wird teilweise durch das Ausmass der Nebenwirkungen der Medikamente bestimmt. Neben besser verträglichen Medikamenten ist es insbesondere eine gute therapeutische Allianz zwischen den Betroffenen und ihren Therapeuten, die einer guten Compliance dienlich ist. Eine gute therapeutische Allianz ist aber nicht nur wichtig für die Medikamentencompliance, sondern für die Akzeptanz aller Betreuungsmaßnahmen. Deshalb erstaunt es um so mehr, dass die therapeutische Beziehung zu schizophreniekranken Menschen in der heutigen Praxis keine große Rolle in der langfristigen Betreuung spielt. Dies mag vielleicht damit zu tun haben, dass die meisten therapeutischen Schulen, der sich der Therapeut oder die Therapeutin verpflichtet fühlt, keine angemessene *langfristige* Betreuungsgrundlage für Schizophreniekranken bietet. Ein in der Schizophreniebehandlung tätiger Therapeut wird sich deshalb von den gängigen Psychotherapieschulen lösen müssen und eigene Wege im Umgang mit Schizophreniekranken, d.h. auch in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu den Betroffenen, suchen müssen.

### 8.1.3 Defizite in der gegenwärtigen psychotherapeutischen Versorgung

---

Für den in der Schizophreniebehandlung tätigen niedergelassenen Therapeuten eröffnen sich in der Regel zwei Wege. Der eine nicht so selten gewählte Weg ist es, sich aus der Betreuung und Behandlung Schizophreniekranker zurückzuziehen. Neben dem psychotherapeutisch offensichtlich so schwierigen Zugang zu den Betroffenen ist es v.a. auch deren scheinbar geringe Eigenmotivation und Zuverlässig-

keit, die den Erfordernissen einer Praxisorganisation meistens nicht genügen. Die Betroffenen werden i.d.R. an Ambulatorien und Sozialpsychiatrische Dienste weiter verwiesen. Gewissermaßen entschuldigend wird hinzugefügt, dass dort dann auch die häufig erforderliche sozialarbeiterische Betreuung ergänzend gewährleistet werden könne. Dies mag zwar richtig sein, wiegt aber die offensichtlichen Nachteile kaum auf. Die Behandlung der Schwerstkranken erfolgt meistens durch unerfahrene Assistenten, die darüber hinaus in kürzeren Abständen wechseln. Von einer langfristigen therapeutischen Beziehung kann da kaum die Rede sein. Dies kommt auch nicht selten in einer resignativen Haltung der Betroffenen zum Ausdruck.

Sofern eine wie auch immer geartete Langzeitbetreuung stattfindet, erschöpft sich die psychotherapeutische Behandlung zumeist in einer so genannten supportiven Therapie. Dabei dürfte es sich vermutlich um den am weitesten verbreiteten »psychotherapeutischen« Ansatz in der Langzeitbehandlung Schizophreniekranker handeln. Gemessen an der praktischen Bedeutung findet allerdings kaum Fort- und Weiterbildung in dieser psychotherapeutischen Methode statt (Rössler 2004). Es ist unverkennbar, dass die psychotherapeutische Betreuung Schizophreniekranker in einer gewissen Heimlichkeit stattfindet. Es ist, wie Heim schon 1980 sagte: »Wir alle praktizieren diese Techniken mehr oder weniger ausgeprägt, aber wir sprechen mit unseren Kollegen kaum darüber, wir veranstalten keine Kongresse zu diesem Thema, (...) wir schämen uns etwas, so gradlinig jenem Teil unserer Patienten zu helfen, der darauf eigentlich angewiesen ist.« (Heim 1980). Damit bleibt auch heutzutage psychotherapeutische Behandlung dieser Gruppe schwerkranker Menschen hinter den Behandlungserfordernissen weit zurück (Rössler 2004).

#### 8.1.4 Neue Ansätze

---

Es ist offensichtlich, dass eine psychotherapeutische Behandlung schizophrenekranker Menschen schulenübergreifend konzipiert sein muss, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Eine der Möglichkeiten der Schulintegration besteht in der Suche nach

gemeinsamen Faktoren der verschiedensten Therapieansätze. Dieser Ansatz ist zunächst einmal vor allem mit dem Namen J. D. Frank (1961) verbunden. Schon vor mehr als 40 Jahren postulierte Frank, dass alle Psychotherapieformen eine Reihe von Gemeinsamkeiten aufweisen, darunter: Überwindung von Demoralisierung und Wecken von Hoffnungen, Anbieten eines Erklärungsschemas für die Störungen, Ermunterung zu einem veränderten Verhalten außerhalb der Therapiesituation und Förderung einer neuen Sicht der eigenen Person und der eigenen Probleme.

In diesem Zusammenhang hat zuletzt das von Grawe (1995, 1998) entwickelte Konzept einer Allgemeinen Psychotherapie große Aufmerksamkeit gefunden und kontroverse Diskussionen ausgelöst. Generelle Zielsetzung einer allgemeinen Psychotherapie ist eine patienten- und problemorientierte, schulenübergreifende Psychotherapie auf empirischer Basis. Grawe hat mehrere therapeutische Wirkprinzipien benannt, die den größten Teil der empirisch festgestellten Effekte verschiedener therapeutischer Ansätze erklären:

- Ressourcenaktivierung;
- Problemaktualisierung;
- aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Klärungsperspektive.

Ohne allzu sehr in eine Diskussion über die Vor- und Nachteile einer »Allgemeinen Psychotherapie« einsteigen zu wollen, wird unmittelbar deutlich, was die Kernelemente einer langfristigen psychotherapeutischen Betreuung Schizophreniekranker ausmacht. Es ist die Überwindung der negativen Selbstsicht der Betroffenen, die Vermittlung von Optimismus in der Therapie, die Ressourcenaktivierung sowie die aktive Hilfe zur Problembewältigung. Diese Art der Zuwendung ist unerlässlich für Menschen mit chronischen Erkrankungen, die sich inkompetent in vielen Lebensbereichen fühlen mit der Folge eines erniedrigten Selbstwertgefühls. In einer Spirale der Entwertung ihrer eigenen Person werden diese Menschen zunehmend passiver, hilfloser und ihrem Empfinden nach mehr und mehr fremden Einflüssen ausgeliefert. Diesem Prozess der Entwertung und Negativierung sollte

der Therapeut ein Modell des Optimismus und der Ermutigung entgegenstellen. Optimismus und Ermutigung ist in diesem Sinne keine eigenständige Strategie, sondern ist die Grundlage für alle danach eingesetzten Methoden und Techniken.

## 8.2 Die therapeutische Beziehung

---

Wenn man ein solches Modell einer langfristigen Betreuung und Behandlung Schizophreniekranker zu Grunde legt, braucht es noch einmal gesonderte Überlegungen zu Art und Umfang der therapeutischen Beziehung. Die überragende Bedeutung einer positiven therapeutischen Beziehung für den Erfolg einer Psychotherapie ist empirisch hinlänglich abgesichert (Orlinsky et al. 1994). Die Beziehungsgestaltung kann sich aber kaum für alle Störungsbilder gleich vollziehen, sondern muss sich vor dem Hintergrund der spezifischen Defizite und Problembereiche der Betroffenen entfalten. Ausgangspunkt der weiteren Überlegungen soll deshalb zunächst einmal sein, wie schizophrene Menschen ihre sozialen Beziehungen in der Erkrankung gestalten resp. welche sozialen Ressourcen Schizophreniekranken im Laufe ihrer Erkrankung überhaupt noch zur Verfügung stehen.

### 8.2.1 Soziale Beziehungen schizophrene Menschen

---

Für E. Bleuler (1911) war die Störung der kommunikativen Fähigkeiten der Betroffenen ein zentraler Aspekt der Erkrankung selbst. Das »Soziale« in der Erkrankung oder im Zusammenhang mit der Erkrankung hat in vielfältigen Konzeptualisierungen zur Schizophrenie weiter fortgelebt. Exemplarisch erwähnt werden soll hier nur die ab den 60er Jahren bedeutsame »Expressed Emotion« Forschung, die den Einfluss einer kritischen und feindseligen Familienatmosphäre auf den Verlauf der Erkrankung untersucht (Pharoah et al. 2003). Die in den 70er und 80er Jahren bedeutsame Netzwerkforschung hat sich dann mit den Auswirkungen der Erkrankung *auf* die sozialen Beziehungen der Betroffenen fokussiert. Die Netzwerkforschung machte

deutlich, dass sich die sozialen Netze schizophreniekranker Menschen qualitativ und quantitativ im Laufe der Erkrankung verändern (Angermeyer & Lammers 1986). Die Zahl wichtiger Personen reduziert sich und diese sind auch wiederum untereinander weniger vernetzt. Zunehmend stützen sich viele der Betroffenen immer mehr auf ihre Ursprungsfamilien ab, eine eigene Familie spielt dagegen eine untergeordnete Rolle. Die institutionelle Abhängigkeit wird größer und so auch die Abhängigkeit von professionellen Hilfeangeboten und Helfern. Daneben finden sich immer weniger »normale«, aus der Zeit vor der Erkrankung herrührende soziale Beziehungen, die Beziehungen zu Mitpatienten intensivieren sich.

Wie sich die sozialen Beziehungen Schizophreniekranker aus der subjektiven Sicht der Betroffenen entwickeln (sollten), haben Breier und Strauss (1984) untersucht. Insbesondere waren sie an hilfreichen Aspekten von Beziehungen aus der Sicht der Betroffenen interessiert. Die Autoren identifizierten verschiedene wichtige Funktionen sozialer Beziehungen, die zum Beispiel gekennzeichnet sind durch die Möglichkeit zur Aussprache, empathisches Verstehen, soziale Anerkennung, Konstanz und Motivation durch die Beziehungen, Motivierung wie auch reziproke Beziehungen zu den Helfern.

Es ist unschwer zu erkennen, dass die wenigsten dieser Elemente Eingang in die heutige Praxis der Langzeitbetreuung Schizophreniekranker integriert sind. In einem nächsten Schritt wollen wir uns deshalb damit beschäftigen, wie die Beziehungsgestaltung gegenüber Schizophreniekranken aus professioneller Sicht sinnvoller gestaltet werden könnte.

### 8.2.2 Die Konstituierung der Beziehung im therapeutischen Raum

---

Schürmann (1997) hat in qualitativen Interviews die Erwartungen an die therapeutische Beziehung sowohl von Seiten der professionellen Helfer wie auch von Seiten der Nutzer thematisiert. Die aus diesen Interviews gewonnene Systematik ist alltagstheoretisch formuliert und entspricht in etwa dem *gemeinsamen* Konsens respektive dem

*gemeinsamen* Verständnis der therapeutischen Beziehung von Helfern und Betroffenen. Die Systematik umfasst die Dimensionen:

- Wertschätzung
- Engagement
- Wohlwollen
- Distanzierung
- Freundschaft
- Parteilichkeit.

Dabei sollte nicht vergessen werden, dass es sich um eine berufsbedingte Beziehung handelt. Aus beziehungspsychologischer Sicht handelt es sich um sogenannte Rollenbeziehungen. Diese sind i.d.R. durch stabile Beziehungsschemata und gegenseitige Rollenerwartungen geprägt. Der Arzt ist der Experte, der Patient der Hilfesuchende. Der Arzt hat freundlich und geduldig zu sein, der Patient hält sich an die vorgegebenen Termine usw., d.h. die Beziehung wird strukturell festgelegt und wird definiert durch gegenseitige Verpflichtungen. Die jeweilige Persönlichkeit der Beteiligten soll in Rollenbeziehungen keine Rolle spielen. Rollenbeziehungen sind in diesem Sinn »unpersönlich«. Je länger Rollenbeziehungen jedoch dauern, um so größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass diese Beziehungen »persönlicher« werden. Denn langfristig lernt man die Person weit über das im engeren Sinn berufsspezifische Anliegen hinaus kennen.

In diesem Sinne sind die von Schürmann thematisierten Beziehungsdimensionen zu verstehen. Eine gelungene Langzeitbetreuung kann sich beziehungspsychologisch nur entwickeln, wenn die genannten alltagstheoretischen Beziehungskonstrukte positiv Eingang in die therapeutische Beziehung finden. Wir haben dies auch in einer eigenen Untersuchung in der Gemeinde lebender Schizophreniekranker bestätigt gefunden. In einem pfadanalytischen Modell erwiesen sich Art und Ausmaß der sozialen Beziehungen zu professionellen Helfern als wesentlicher Einflussfaktor auf die subjektive Lebensqualität der Betroffenen. Gefragt wurden die Patienten mittels eines strukturierter Fragebogens, an wen sie sich wenden können, wenn sie Hilfe und Rat benötigen, wenn sie durcheinander seien etc. Neben der eigenen

Familie und Freunden erwiesen sich die professionellen Helfer als wesentliche Quelle für diese Art sozialer Unterstützung (Rössler et al. 1998). V.a. wurde deutlich, dass es nicht vorrangig die instrumentellen Hilfen der professionellen Helfer sondern die als unterstützend wahrgenommenen sozialen Beziehungen zu den Helfern waren, die wesentlich zu ihrer Lebensqualität beitrugen.

Also sind die Erwartungen der Betroffenen an die therapeutische Beziehung die gleichen, die sie für persönliche Beziehungen als wichtig erachten würden, nämlich Sicherheit, Akzeptanz, Verlässlichkeit, Vorhersagbarkeit (Asendorpf & Banse 2000). Diese Aspekte finden sich wiederum in den von Schürmann genannten Beziehungsdimensionen der Wertschätzung, des Wohlwollens und des Engagements. Auch die Beziehungsdimension der Parteilichkeit lässt sich hier zwanglos integrieren, insofern als der Glaube an die Beziehung beinhaltet, dass man sich füreinander einsetzt.

Schwieriger verständlich ist, was es mit der »Freundschaft« in einer therapeutischen Beziehung auf sich hat. Eine allzu große »freundschaftliche« Nähe wird ja in vielen Therapieschulen (zu Recht) als Kunstfehler betrachtet. Hierzu sollte man sich verdeutlichen, was beziehungspsychologisch unter »Freundschaft« verstanden wird. Nach Auhagen (1993) beinhaltet Freundschaft zunächst unabdingbar, dass sie positiv erlebt wird. Sie ist freiwillig, nicht durch soziale Rollen vorgeschrieben und beruht auf Gegenseitigkeit. Darauf aufbauend würden vermutlich die meisten Therapeuten äußern, dass Freundschaft kein Merkmal einer therapeutischen Beziehung sein kann. Bei näherer Betrachtung und eben wieder aus alltagstheoretischer Sicht kann eine therapeutische Beziehung sehr wohl freundschaftliche Elemente beinhalten. Die therapeutische Beziehung kann nur als gelungen betrachtet werden, wenn sie von *beiden* Seiten positiv erlebt wird. Damit zwangsläufig verbunden ist das Element der Gegenseitigkeit, d.h. dass auch der Therapeut die Beziehung und die Therapie für sich als Gewinn betrachtet.

Die Herstellung einer therapeutischen Beziehung ist aber kein einmaliger Willensakt sondern ein dynamischer Prozess der wechselseitigen Beeinflussung. Die Zufriedenheit mit der Therapie steigt in

dem Maße, in dem die Beteiligten ihre jeweiligen Erwartungen erfüllt sehen. Diese adaptiven Prozesse führen dazu, dass die Beteiligten sich wiederum mehr bemühen, die Wünsche und Erwartungen des Anderen zu erkennen und darauf einzugehen. Wie aus der Paarforschung bekannt ist (Krokoff et al. 1989), zeigt die Interaktionsdynamik, dass eine positive Beziehung durch neutrale oder positive Problembeschreibungen, zustimmende wie auch andere positive Reaktionen gekennzeichnet ist. Negative Entwicklungen in einer Beziehung zeichnen sich dagegen durch kritisieren, beschweren, abwerten und andere negative Reaktionen aus. Aus der Sicht der Psychotherapie sind es im Hinblick auf gelungene therapeutische Prozesse eben genau diese positiven Verhaltensweisen, die eine erfolgreiche Psychotherapie erwarten lassen.

Nun sind natürlich nicht alle Patienten diesen beziehungsdynamischen Prozessen in der therapeutischen Beziehung gewachsen. Nicht selten reagieren sie mit Rückzug. Sie wollen in Ruhe gelassen werden. Diesen Rückzug hat Schürmann mit Distanziertheit charakterisiert. »Distanziertheit« stellt einen Sonderfall einer therapeutischen Beziehung dar, weil dadurch in persönlichen Beziehungen häufig die Auflösung der Beziehung eingeleitet würde. In therapeutischen Beziehungen ist es die Aufgabe des professionellen Helfers, auch hier ein entsprechendes Beziehungsangebot zu machen, was nicht zuletzt zeigt, dass eine therapeutische Beziehung nicht einfach ein »normales« Beziehungsangebot ist. Die Herstellung einer gelungenen therapeutischen Beziehung erfordert Professionalität, also spezifische Fachkenntnisse. Wie die Beziehung aus der Perspektive des professionellen Helfers zu gestalten ist, soll im nächsten Abschnitt diskutiert werden.

### 8.2.3 Die Beziehungsgestaltung aus der Sicht des professionellen Helfers

---

Wenn sich Therapeut und Patient erstmals begegnen, haben die Beteiligten zu entscheiden, ob überhaupt und gegebenenfalls wie sie eine Betreuung gemeinsam gestalten wollen. Der Betroffene wird sich i.d.R. vorzugsweise daran orientieren, wie »sympathisch« der professionelle

Helfer ist. Wenn Betroffene anderen Betroffenen Therapeuten weiter empfehlen, orientieren sie sich zumeist an Kategorien wie »nett«, »engagiert« oder »zuverlässig«. Die Kompetenz des Therapeuten spielt zumeist eine nachgeordnete Rolle.

Der Therapeut hingegen wird sich bei seiner ersten Beurteilung professioneller Kategorien bedienen, die ihm eine diagnostische Einschätzung und eine Prognose für den Verlauf der Betreuung erlauben. Gleichwohl wird er sich so wie der Patient eines »privaten« Eindruckes kaum erwehren können. Auch er wird seinen zukünftigen Patienten mehr oder weniger sympathisch finden. Nun ist aus der Forschung bekannt, dass schon allein ein ähnliches soziales Milieu, das z.B. seinen Ausdruck im Bildungsniveau, der sozialen Schicht oder auch im Alter findet, Sympathie hervorruft (vgl. Asendorpf & Banse 2000). Es macht nun gerade einen Teil der Professionalität des Therapeuten aus, sich in seinen Entscheidungen nicht allzu sehr davon leiten zu lassen. Als Vertreter einer Therapieschule wird der Therapeut aber ein bestimmtes Beziehungsverhalten von seinem potentiellen Patienten erwarten. Der Schulentherapeut wird seine Entscheidung über die Aufnahme einer Psychotherapie entweder davon abhängig machen, ob der Patient »passt«, oder einen Anpassungsprozess von seinem zukünftigen Patienten erwarten.

Mit Caspar (1996) ist der Autor hingegen der Meinung, dass ein Therapeut beständig auf das Ziel der Anpassung an den Patienten hinarbeiten sollte. Wenn die Herstellung einer tragfähigen Beziehung das Fundament der Langzeitbetreuung Schizophreniekranker bildet, sollte der Therapeut der Beziehungsaufnahme seine ganze Aufmerksamkeit zuwenden. Dabei gilt es für den Therapeuten, interaktionell besonders flexibel zu sein, weil auf Seiten des Patienten mit zunehmender Krankheitsschwere i.d.R. dessen Inflexibilität zunimmt. Flexibilität heißt in diesem Fall, sich nicht an einer standardisierten Arzt-Patient-Beziehung sondern an der vom Patienten gewünschten Beziehungssituation zu orientieren,

Ungleich anderer psychotherapeutischer Verfahren oder Betreuungsansätzen begegnen sich Therapeut und Patient im Rahmen eines »neuen« Beziehungsverständnisses zunächst nicht als Experte und

Laie oder als Wissender und Unwissender, sondern teilen eine gemeinsame Weltsicht. Die gemeinsame Weltsicht erfolgt auf der Basis eines beiderseitigen impliziten Verständnisses über das »Funktionieren« der Welt. So wissen wir aus der Sozialpsychologie, dass z.B. die soziale Urteilsbildung oder die Personenwahrnehmung einem bestimmten Satz von Regeln folgt, die natürlich noch individuell interpretiert und gewichtet werden. Das Ziel des Therapeuten ist es primär einmal, »den Patienten bei seinen Reflexionen über sein Leben, seine Ziele, seine Sinnsetzung letztendlich über seine individuelle Selbst- und Weltsicht zu unterstützen« (Wagner 1999).

Die Weltsicht des Patienten zu achten, heißt ihn in seinen Krankheitstheorien ernst zu nehmen. Sie bilden den Ausgangspunkt für nahezu alle Therapievereinbarungen. Bei dem subjektiven Krankheitsverständnis geht es natürlich nicht nur um die Frage eines möglichen Krankheitsauslösers, sondern welcher »Natur« die Störung eigentlich ist. Handelt es sich um eine Krise oder eine Krankheit? Welche Ursache liegt der Krise oder Krankheit zugrunde? Welche Hilfemöglichkeiten gibt es? Welchen Beitrag kann der Betroffene selber leisten? Wie geht es weiter? Welche Spuren hinterlassen Krisen? Welche Prognose haben Erkrankungen und sind sie heilbar? Dieser Klärungsprozess über das subjektive Krankheitsverständnis des Betroffenen ist für den »Erfolg« einer Langzeitbetreuung von grundlegender Bedeutung, als die subjektive Sicht des Patienten Ausgangspunkt für alle Therapievereinbarungen ist.

Die Beziehung ist kooperativ ausgerichtet, d.h. sie achtet also zuvorderst das Selbst-Verständnis des Patienten. Wie allerdings die Versorgungsrealität aussieht, haben wir in einer gemeinsamen Befragung von Langzeitpatienten und ihren Therapeuten im Hinblick auf den psychosozialen Zustand des jeweiligen Patienten erfasst (Eichenberger & Rössler 2000): Die Einschätzungen deckten sich in weniger als 50%. In einem weiteren Schritt versuchten wir zu analysieren, welchen Aspekten Therapeuten mehr Beachtung schenken sollten, um sich der Einschätzung ihrer Patienten anzunähern. Demzufolge sollten die Therapeuten sich mehr den sozialen Aktivitäten ihrer Patienten widmen und den Krankheitssymptomen weniger Beachtung schenken

wie sie gleichermaßen die Pünktlichkeit der Patienten nicht immer als Ausdruck des Krankheitsgeschehens interpretieren sollten.

Erst vor dem Hintergrund einer für den Patienten stimmigen Problemdefinition, kann der Diskurs über die erforderlichen Hilfeleistungen ansetzen. Auch hier stellt sich zunächst die Frage, welche Hilfe der Patient erwartet, v.a. wie er in die Verantwortung für die Problemlösung eingebunden werden möchte. Dabei ist es nicht a priori selbstverständlich, dass jede Intervention zu erhöhter Selbstbestimmung, Autonomie und persönlicher Freiheit des Patienten führen muss. So haben wir in einer Compliance Studie mit Schizophreniekranken u.a. untersucht, inwieweit die Patienten glauben, Einfluss und Kontrolle über die Erkrankung zu haben. Überraschend fand sich bei den Patienten mit hoher Selbstkontrolle eine niedrige Compliance und vice versa bei denen mit niedriger Selbstkontrolle eine hohe Compliance (Prinz 2003).

Zum Ende dieses Abschnitts soll noch kurz darauf eingegangen werden, wie der Therapeut in diesem dynamischen Prozess sein professionelles Wissen in die Therapie einbringen kann. Gedacht ist natürlich nicht, dass der Therapeut ausschließlich den Patientenvorstellungen unter Aufgabe seines professionellen Wissens folgt. Es widerspricht dem hier umrissenen Verständnis von Langzeitbetreuung nicht, in dem therapeutischen Prozess auf vom Patientenverständnis abweichende theoretische Konzepte, professionelle Wissensbestände oder Erklärungen zurückzugreifen. Entscheidend ist, ob der Patient diese Informationen in seine subjektiven Theorien integrieren kann und ob er sie (evtl. auch vorübergehend) als hilfreich empfindet.

#### **8.2.4 Professionelle Beziehungen im Kontext verschiedener Versorgungskulturen**

---

Bestimmte Überlegungen zur Versorgung Schizophreniekranker, spezielle Sichtweisen auf die Betroffenen wie auch die Definition ihrer Probleme einerseits und Handlungsmodelle und bestimmte Beziehungsformen andererseits können nicht unabhängig vom Kontext der »Versorgungskultur« gesehen werden. Schürmann (1997) hat die

verschiedenen Versorgungsansätze umrissen und in den Kontext verschiedener Beziehungsformen zwischen professionellen Helfern und den Betroffenen gestellt.

Schürmann unterscheidet zwischen der Fürsorgekultur, der Behandlungskultur, der pädagogischen Kultur und der Empowerment Kultur. Die Fürsorgekultur enthält ihr zufolge zwei Aspekte, nämlich den der wohlwollenden Hilfe aber auch den der Bevormundung. Der Nutzer »wird als Leidender und die Psychose als zerstörerischer, sinnloser und unvorhersehbarer Prozess gesehen, meist als organische Krankheit. Bestimmte Lebensumstände (z.B. Wohnen und Arbeit) gelten als Faktoren, die den Verlauf beeinflussen. Mit der Krankheit geht eine Einschränkung der Selbstverantwortung einher, so dass es die Aufgabe des Professionellen ist, über Behandlungsnotwendigkeiten zu entscheiden. Hilfe soll zur Wiederherstellung bzw. Weiterführung einer Normalbiografie befähigen. (...) Professionelle schreiben sich die Kompetenz und die Legitimation zu ihren Eingriffen zu. Das Beziehungsverhältnis ist in dieser Kultur durch eine erhebliche Machtdifferenz gekennzeichnet.« (S. 244).

Die Behandlungskultur » (...) stützt sich auf zwei ätiologische Modelle, das biomedizinische und das psychologische Modell. ... Behandlungskultur ist expertenorientiert und strebt eine weitestgehende Heilung oder Wiederherstellung des Nutzers an. Die Methoden werden als wissenschaftlich und therapeutisch legitimiert betrachtet und folgen einem bestimmten Ablaufschema. Die Beziehungsgestaltung ist auch hier durch Machtdifferenzen gekennzeichnet. Die Asymmetrie wird aber durch das jeweilige Behandlungskonzept gerechtfertigt, ist also den Behandlungsnotwendigkeiten unterworfen (...)« (S. 244 ff.).

»Einrichtungen mit einer pädagogischen Kultur sind präventiv orientiert und haben bestimmte normative Zielvorgaben. Diese werden mit pädagogischen Mitteln, (...) mit Aufklärung und mit Hinweisen auf normative Setzungen unterstützt und durchgesetzt. Der Nutzer ist zwar in der Inanspruchnahme frei, er hat sich aber weitgehend den Strukturen der Einrichtung anzupassen. Er selbst wird weniger als krank denn als zeitweilig behindert konzipiert oder als wiederhergestellte Person gedacht, die selbstverantwortlich ist und dadurch auch

moralisch bewertet und gegebenenfalls auch verurteilt werden kann. Das Beziehungsverhältnis wird häufig als freundschaftlich geschildert, eine Gleichstellung wird damit aber nicht angestrebt.« (S. 245).

Mit der Empowerment-Kultur »(...) ist die Abgabe von Expertenmacht verbunden sowie eine Selbstbestimmung der Nutzer. Helfer haben hier die Aufgabe, Bedingungen für die Nutzer zu schaffen, damit diese sich nach eigenen Vorstellungen entwickeln und über die für ihre Entwicklung notwendigen Ressourcen verfügen können. Dem Nutzer wird nicht mit einem defizitorientierten, sondern mit einem ressourcenorientierten Blick begegnet. Die Machtverhältnisse können als ausgeglichen angesehen werden. Es besteht eine Struktur der Zusammenarbeit anstelle einer Hierarchie. Der Nutzer bestimmt die Inhalte der Hilfe unter Aufnahme des Wissens der Helfer. Die professionelle Haltung ist von Wertschätzung oder Respekt geprägt.« (S. 246).

Diese Systematik von Schürmann lässt deutlich werden, dass das professionelle Selbstverständnis einerseits von Merkmalen der Behandlungs- und Betreuungsphilosophie geprägt wird wie andererseits die Nutzung bestimmter psychiatrischer Versorgungsinstitutionen auf Seiten des Nutzers bestimmte Erwartungen vorstrukturiert. Die institutionalisierten Beziehungen zwischen professionellen Helfern und Inanspruchnehmern sind damit in einem gewissen Rahmen vorgegebene Rollenerwartungen und Rollenhaltungen.

Die hier entwickelten Vorstellungen, wie eine Beziehung in der Langzeitbetreuung Schizophreniekranker entwickelt werden kann, entsprechen wohl am ehesten der Empowerment-Kultur. Gleichwohl wird es kaum Therapeuten geben, die nicht auch andere Funktionen übernehmen bzw. übernehmen müssen, also in andere Versorgungskulturen eintreten müssen. Dies gilt z.B., wenn es um Leistungen der Sozialleistungsträger geht. Therapeuten haben Bestätigungen auszustellen oder gutachterliche Stellungnahmen abzugeben, um Leistungsansprüche durchsetzen zu können. Im Extremfall kann ein Therapeut auch gezwungen sein, Zwangsunterbringungen zu veranlassen.

Der Umgang mit solchen Rollenkonflikten ist schwierig. Die persönlichen Erfahrungen des Autors weisen darauf hin, dass es möglich ist und zumeist von den Patienten verstanden wird, wenn sol-

che unterschiedliche und nicht selten konfliktuöse Aufgaben in einer Langzeitbetreuung zu übernehmen sind. Gleichwohl sollten mögliche Rollenkonflikte gleich zu Beginn der Betreuung besprochen werden. Der Therapeut sollte die Rahmenbedingungen, die ihm gegeben sind, dem Patienten darlegen und wenn möglich einen gemeinsamen Handlungsplan festlegen. Dies gilt z.B. für den Fall einer Zwangsunterbringung. Patient und Therapeut sollten außerhalb einer Krisensituation die Kriterien festlegen, wann und unter welchen Umständen eine solch einschneidende Maßnahme möglich sein sollte.

### 8.3 Fazit

---

Die meisten Therapeuten wählen eine bestimmte Therapieausbildung, weil diese ihren persönlichen Vorstellungen am nächsten kommt. In ihrer Berufsausübung bietet die jeweilige Therapie eine geistige Heimat. Trotzdem werden die meisten Therapeuten im Laufe ihrer Berufstätigkeit einen eigenen Stil entwickeln. Dies gilt insbesondere für jene Therapeuten, welche sich auf das Abenteuer einer Psychotherapie mit schizophreniekranken Menschen einlassen, die wohl die Gruppe von Patienten repräsentieren, die am wenigsten nach herkömmlichen Kriterien für eine Psychotherapie geeignet erscheinen.

Die hier vorgestellten Überlegungen stellen allenfalls einen Anfang dar, einen Missstand zu benennen und erste Ideen zu entwickeln, welche Hilfen zusätzlich zu den bereits zur Verfügung stehenden Hilfeansätzen in der Langzeitbetreuung sich als nützlich erweisen könnten. Wenn auch viele der genannten Elemente in verschiedenen Psychotherapien empirisch bestätigt sind, gilt dies nicht in der hier vorgestellten Zusammenstellung.

Auch muss noch erwähnt werden, dass die vorgestellten Überlegungen zur Beziehungsherstellung und -gestaltung natürlich keine universelle Gültigkeit haben. Wie Beziehungen hergestellt und gelebt werden, hängt entscheidend vom kulturellen Kontext und dem damit verbundenen Selbst-Konzept ab. Die individualistischen Kulturen der westlichen Welt betonen die Individualität des Einzelnen, während kollektivistische Kulturen die Vernetzung und Einbettung in Bezugs-

gruppen betonen (Markus & Kitayama 1991). Dementsprechend unterschiedlich soll im therapeutischen Prozess die Beziehung gestaltet werden.

## Literatur

---

- Angermeyer MC, Lammers R (1986) The social network of schizophrenic patients. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother.* 34(2):100–118
- Asendorpf J, Banse R (2000) *Psychologie der Beziehung*. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Auhagen AE (1993) Freundschaft unter Erwachsenen. In: Auhagen AE, v Salisch M (Hrsg) *Zwischenmenschliche Beziehungen*. Göttingen: Hogrefe, 215–233
- Benedetti G (1999) Interpretation of schizophrenia. *J Am Acad Psychoanal.* 27(4):551–562
- Benedetti G, Furlan PM (1985) The individual psychoanalytic psychotherapy of schizophrenia: scientific and clinical approach through a clinical discussion group. *Yale J Biol Med.* 58(4):337–348
- Bleuler E (1911) Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (Hrsg) *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Deuticke
- Breier A, Strauss JS (1984) The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *Am J. Psychiatry* 1984: 141(8): 949-955
- Caspar F (1996) *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. 2. überarb. Aufl. Bern: Huber
- Eichenberger A, Rössler W (2000) Comparison of self-ratings and therapist ratings of outpatients' psychosocial status. *J Nerv Ment Dis.* 188(5): 297–300
- Frank JD (1961) *Persuasion and Healing*. Baltimore: John Hopkins University Press
- Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:130–145
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Haberfellner EM, Rittmannsberger H (1995) Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker – Eine Netzwerkuntersuchung. *Psychiatr Prax.* 22:145–149
- Heim E (1980) »Stütztherapie« – neu entdeckt. Plädoyer für adaptive Psychotherapien. *Psychother Med Psychol* 30:261–273
- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (2001) WHO Genf <http://www.who.int/>
- Kopelowicz A, Liberman R (1995) Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry.* 3:55–64
- Krokoff LJ, Gottman JM, Haas SD (1989) Validation of a rapid couples interaction scoring system. *Behavioral Assessment* 11:65–79

- Lieberman R (ed.) (1988) Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Washington DC: American Psychiatric Press
- Markus HR, Kitayama S (1991) Culture and self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review* 98: 224–253
- Malmberg L, Fenton M (2003) Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN (1998) Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull.* 1998; 24(4): 569–587
- Mueser KT, Bellack AS (1995) Psychotherapy for Schizophrenia. In: Hirsch RS, Weinberger DS (Hrsg) Schizophrenia. Oxford: Blackwell Science, 628–648
- Orlinsky D, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: Wiley
- Pharoah F, Rathbone J, Mari J, Streiner D (2003) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 4: CD000088
- Prinz-Kaltenborn R (2003) Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-Beziehung: eine Verlaufsstudie bei schizophrenen Erkrankten. Diss. Univ. Zürich. Zürich: ZB, 004662293
- Rössler W, Salize HJ, Riecher-Rössler A (1998) Chronisch psychisch Kranke im Dschungel der Versorgung. In: Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg) Gemeindepsychiatrie in Österreich. Innsbruck, Wien: VIP-Verlag Integrative Psychiatrie, 9–20
- Rössler W (2000) Rehabilitation Techniques. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC (Hrsg) New Oxford Textbook. of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1491–1495
- Rössler W (2002) Versorgungsstrukturen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (2003) Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Heidelberg: Springer, 814–841
- Rössler W (2003) Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt.* 74(7):552–560
- Rössler W (2004) Supportive Psychotherapie. In: Rössler W (Hrsg) Psychiatrische Rehabilitation. Heidelberg: Springer
- Schürmann I (1997) Beziehungsformen zwischen Langzeitnutzern und Professionellen im Kontext der Moderne. In: Zaumseil M, Leferink K (Hrsg) Schizophrenie in der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Edition Narrenschiff im Psychiatrieverlag
- Wagner RF (1999) Ein integratives Menschenbild einer an ethischen Dimensionen orientierten Allgemeinen Psychotherapie. In: Wagner RF, Becker F (Hrsg) Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen. Göttingen: Hogrefe. 43–75