

Silvia Hogl

„Es hat immer (auch) etwas mit uns zu tun.“

Eine systemische Betrachtung vom Gewinn und den Berufsrisiken des Psychotherapeuten¹

DIE SEHNSUCHT DES THERAPEUTEN

Versuchen Therapeuten nicht eigentlich, sich selbst zu heilen?!“ Wer kennt sie nicht, diese meist vom privaten Umfeld gestellte Frage? Die Bandbreite der Antworten, die ich bislang darauf gehört habe, ist groß. Nur allzu leicht fällt es, mit einem Scherz darauf zu antworten oder diese Vermutung gar sofort zu negieren. Doch es lohnt sich, diese Frage eingehender zu betrachten und die eigenen Gründe zur Ausübung des Berufs kritisch zu reflektieren. Im Zuge der Ausbildung zum Psychotherapeuten wird man in unterschiedlichen Kontexten mit der Frage nach der persönlichen Motivation konfrontiert, und ich habe festgestellt, dass ich diese Frage im Laufe der Jahre immer wieder neu und vermutlich auch ein Stück weit ehrlicher beantworten kann. Die lange Dauer und die nicht unerheblichen Kosten der Ausbildung, mögliche Belastungen durch die Ausübung des Berufs und dessen Auswirkungen auf das Privatleben, aber auch der persönliche Gewinn sind Faktoren, die bei meinen Überlegungen immer wieder eine Rolle gespielt haben.

Doch darf man Therapie auch „für sich tun“? Dürfen die eigenen Sehnsüchte in den therapeutischen Prozess hineinspielen? Oder anders gefragt: Lässt sich dies überhaupt vermeiden?

Geht man vom ökosystemischen Modell nach Harry Merl aus, ist dies wohl kaum möglich. Denn nach diesem Modell sind Menschen stets damit beschäftigt, ihr Leben entlang ihrer Lebensbedürfnisse zu organisieren. Auch der Therapeut strebt in seinem professionellen Tun nach der „adäquaten Erfüllung des existentiellen psychischen Grundbedarfs ...“, nämlich der Möglichkeit, Anerkennung zu erfahren und zu geben, durch Handeln feststellbare Wirkung hervorzurufen,

Sinn zu finden und zu stiften“ (Scholze, 1997). Nehmen wir das in diesem Modell zentrale Bedürfnis nach Austausch von Anerkennung, Wirksamkeit und Sinn mit auf in die Betrachtung des therapeutischen Prozesses, können wir dessen Dynamiken besser verstehen und nutzen.

„Therapeuten sind neugierig, sie wollen helfen, sie wollen wirken, sie wollen sich in ihren Annahmen bestätigt wissen. Das darf auch sein und soll sein, wenn es professionell geschieht, d. h. bewusst und kundig.“ (De Waal, 2009)

Der verantwortungsbewusste Psychotherapeut sollte also die eigenen Motive hinterfragen, um zu vermeiden, diese mehr oder weniger unbewusst und damit unprofessionell in seinem therapeutischen Handeln umzusetzen und damit der Therapie und den Klienten zu schaden (vgl. Schneider, in Kernberg, 2013).

Was also dürfen oder sollen wir sogar erwarten, um als Psychotherapeuten hilfreich zu sein? Mit welchen Risiken und Nebenwirkungen müssen wir rechnen? Und welche Strategien helfen uns im Umgang damit, um am Ende des Tages mit gutem Gewissen sagen zu können, wir hätten alle etwas davon gehabt?

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

KONSTRUKTIVISMUS, AUTOPOIESE UND KYBERNETIK 2. ORDNUNG

Laut vergleichender Psychotherapieforschung zählt zu den wesentlichen Wirkfaktoren in der Psychotherapie die therapeutische Beziehung (vgl. Hubble et al., 2001). Wenn wir uns also mit Erwartungen, Risiken und Nebenwirkung in der Psychotherapie beschäftigen erscheint es mir sinnvoll, sich zuerst einigen erkenntnistheoretischen Grundlagen von systemisch-therapeutischer Beziehungsbeschreibung zu widmen.

Ernst von Glasersfeld beschrieb in der Theorie des radikalen Konstruktivismus (von lat. *construere* = erbauen, errichten), dass Wahrheit niemals ein Abbild der

¹ In diesem Artikel wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die weibliche Form ist selbstverständlich mitgemeint.

Realität sei, sondern immer eine Konstruktion aus Sinnesreizen und der Gedächtnisleistung eines Individuums. Ausnahmslos jede Wahrnehmung ist subjektiv. Für die therapeutische Beziehung bedeutet dies, dass eine neutrale Beobachtung oder Beschreibung von Sachverhalten nicht möglich ist, ohne die Erkenntnisvoraussetzungen des Beobachters miteinzubeziehen. *„Die Art und Weise, wie ich die Welt und damit mein Gegenüber verstehe, prägt auch wesentlich meinen Anteil an der Beziehungsgestaltung. Wenn ich nicht davon ausgehe, dass die Welt so ‚ist‘ wie sie ist, sondern so, wie ich sie zu diesem Zeitpunkt sehe, dann bedeutet das auch, dass der Andere nicht zwangsläufig so ‚ist‘ wie er ist, sondern so, wie ich ihn im Moment sehe.“* (Seidler, 2014).

Daraus resultiert aber auch Verantwortung. „Denn wenn ich glaube, dass ich meine eigene Wirklichkeit herstelle, bin ich für diese Wirklichkeit verantwortlich, kann ich sie nicht jemandem anderen in die Schuhe schieben.“ (Watzlawick, 1998). Beim Therapeuten liegt zumindest eine Mitverantwortung dafür, welche Klienten er vor sich hat. *„Das könnte man auch als Aufforderung verstehen: Sieh, dass KlientInnen kooperieren wollen, sogar wenn sie ‚im Widerstand sind‘ (vgl. de Shazer, 1984)! Sieh, dass KlientInnen prinzipiell kompetent sind und dass ihre Probleme missglückte Lösungsversuche sind (vgl. Mücke, 2003)! Sieh, dass Veränderung erwartbar ist (vgl. z. B. Milton Erickson in Rosen, 2003)!“*

Doch auf welche Weise sind Klienten beeinflussbar? Ist eine gezielte Steuerung von außen überhaupt möglich? Humberto Maturana und Francisco Varela beschrieben (Maturana & Varela, 1987) in ihrem Konzept der Autopoiese (von griech. *autos* = selbst und *poien* = machen), dass lebende Systeme in Bezug auf ihre inneren Gesetzmäßigkeiten „selbstorganisiert“ und damit autonom sind. Gleichzeitig sind sie aber auch auf den Austausch mit ihrer Umwelt angewiesen. Diese Umwelt kann nicht direkt steuernd eingreifen, wirkt jedoch aktivierend auf die Selbstorganisation des Systems ein. Dieses ursprünglich aus der Biologie stammende Konzept hat in späterer Folge auch Eingang in die Praxis der systemischen Therapie gefunden. Eine direktive Instruktion im Sinne eines direkten „Hineinwirkens“ in den Anderen ist unmöglich – im günstigsten Fall können im therapeutischen Prozess jedoch hilfreiche Anregungen gegeben werden, die zu einem veränderten Denk-, Fühl- und/oder Handlungsmuster führen. (vgl. Seidler, 2012)

Heinz von Foerster prägte in den 1980er Jahren den Begriff „Kybernetik 2. Ordnung“ und beschreibt den Beobachter als Teil des Systems, der wiederum vom System beeinflusst wird. *„Jede Beobachtung oder Beschreibung ist untrennbar mit der Beobachterin ver-*

knüpft, alle Aussagen, die gemacht werden, sind ‚Beobachtungen (Konstruktionen) einer Beobachterin‘ und nicht objektives Abbild. Durch diese Beobachtung bleibt das betrachtete Objekt allerdings nicht unverändert. Konstruktivismus, Autopoiese und Kybernetik sind in ihren Inhalten untrennbar miteinander verknüpft.“ (Seidler, 2014)

Dieses erkenntnistheoretische Fundament verlangt vom Therapeuten, sich von der Rolle des Experten zu verabschieden und sich stattdessen immer wieder aufs Neue in eine neugierige Haltung zu bringen.

NEUTRALITÄT

Eine neutrale Beobachtung oder Beschreibung der Welt ist aus konstruktivistischer Sicht schlicht unmöglich. Ehrliches und für den Klienten wahrnehmbares Interesse und eben Nicht-Wissen um dessen individuelles Erleben ermöglicht es dem Therapeuten jedoch, dem Klienten jenseits der eigenen Konstruktionen und Sicht auf die Welt in wertschätzender und neutraler Haltung zu begegnen und sich von ihm leiten zu lassen.

Der Begriff der Neutralität (von lat. *neutrum* = keines von beiden) bezeichnet in seiner ursprünglichen Bedeutung Unparteilichkeit. Die Mailänder Gruppe um Selvini et al. prägte im Zusammenhang mit der Arbeit mit Familien das Konzept der „Allparteilichkeit“. Gemeint ist das *„Bestreben der TherapeutIn ..., mit allen und mit keinem verbunden zu sein“* (Seidler, 2012). Retzer spricht in diesem Zusammenhang von der „sozialen Neutralität“ bzw. der „Beziehungsneutralität“ (vgl. Retzer, 2006, in Seidelberger, 2010).

Retzer unterscheidet drei weitere Formen der Neutralität: „Konstruktneutralität“ (Neutralitätsposition des Therapeuten gegenüber Lebensentwürfen, Sichtweisen und Weltbildern der Klienten), „Veränderungsneutralität“ oder auch Lösungs- bzw. Problemneutralität“ (Neutralität hinsichtlich des Anstrebens von bestimmten Lösungen) und die „Methodenneutralität“ des Therapeuten (Einnehmen einer kritischen Außenperspektive gegenüber den eigenen therapeutischen Methoden und deren Nützlichkeit). (vgl. Retzer, 2006, in Seidelberger, 2010)

„Neutralität ist kein Merkmal eines inneren Zustandes des Therapeuten (seines Erlebens), sondern ein Merkmal seines konkreten Verhaltens, das Klienten beobachten und dem sie Bedeutung geben können. Obwohl Neutralität ein Merkmal des Therapeutenverhaltens ist, gibt es kein neutrales Verhalten eines Therapeuten (an sich), unabhängig von seinem Klienten. Diese entscheiden darüber, ob und welches Verhalten ihres Therapeuten neutral bzw. nicht neutral ist.“ (Seidelberger, 2010)



SILVIA HOGL ist Psychotherapeutin (SF) in freier Praxis

FALLBEISPIEL

- Herr K. (42 a.) arbeitet in der Gastronomie und trinkt gerne mal über den Durst. Seine Frau P. (38 a.) ist in Karenz und betreut den gemeinsamen Sohn (11 Monate).

Vor einigen Monaten behebt Herr K. einen größeren Geldbetrag vom gemeinsamen Konto, lügt über den Grund dafür, streitet dies zuerst ab und gibt es später dann zu. Frau P. beschließt Herrn K. jedoch zu verzeihen.

Einige Wochen, bevor Frau P. das Erstgespräch in meiner Praxis vereinbart, eskaliert ein Streit. Herr

vertrauensvollen Umgang miteinander. Herr K. reagiert im Gespräch kaum auf die Verzweigung seiner Frau, zuckt mit den Schultern, „wisse auch nicht, was er tun könne“, „er sei halt so“, „denke vorher nicht über Konsequenzen nach“.

Allmählich spüre ich Ärger in mir aufsteigen und bemerke, dass ich den berichteten Vorfall im Gespräch als „einen Fehler von Herrn K.“ bezeichne. Steht mir das überhaupt zu? Doch jetzt ist es gesagt. Wie also damit umgehen?

Ich spreche es an und weise darauf hin, dass ich hier in der Beschreibung wertend war, mich von meinem Eindruck leiten ließ, dass der berichtete Vorfall für beide ein sehr unangenehmes Thema sei, dem vor allem Herr K. gerne aus dem Weg gehen würde. Durch das Ansprechen meiner Beobachtung gelingt es mir, auch Herrn K. wieder ohne Ärger zu begegnen und seinen Rückzug im Gespräch als etwas anderes als Gleichgültigkeit zu sehen. Ist es Scham, ist es Hilflosigkeit im Umgang mit eigenen Schwächen? Ich bin nun wieder in der Lage, unabhängig von der eigenen Bewertung Hypothesen zu bilden, und auch Herr K. nimmt ab dieser Sequenz wieder Blickkontakt zu uns auf.

Neutralität kann und sollte also gelegentlich auch im Gespräch mit den Klienten zum Thema gemacht werden. Im oben angeführten Beispiel ist der von der Therapeutin selbst wahrgenommene Verlust der Neutralität angesprochen worden. Aber auch wenn der Therapeut sich in seinem Verhalten selbst als neutral wähnt, sollte er nicht darauf verzichten, die Klienten ab und zu danach zu fragen, um nötige Korrekturen und Anpassungen zu ermöglichen.

Eine Gefahr, die ich im Zusammenhang mit unreflektiertem Bemühen um Neutralität sehe, ist die grundsätzliche Vermeidung, Position zu beziehen. Wenn es beispielsweise um reale Gefahr im Verzug geht, darf der verantwortungsvolle Therapeut sich nicht neutral verhalten! Hier ist es nötig, klar Stellung gegen Gewalt zu beziehen und steuernd einzugreifen, etwa indem er das Jugendamt verständigt.

Doch auch jenseits der oben beschriebenen Notwendigkeit, die Neutralität zu verlassen, kann es Momente geben, in denen es mir sinnvoll scheint, im Interesse der therapeutischen Beziehung bewusst Position zu beziehen und die eigenen Werte zu offenbaren.

FALLBEISPIEL:

- Herr M. (52 a.) und Frau M. (55 a.) betreiben eine Landwirtschaft in Niederösterreich und sind ein Paar mit langer gemeinsamer Geschichte, das sich auf Grund einer aktuellen Krise zur Paartherapie

Neutralität ist kein Merkmal eines inneren Zustandes des Therapeuten (seines Erlebens), sondern ein Merkmal seines konkreten Verhaltens, das Klienten beobachten und dem sie Bedeutung geben können.

K. verhält sich im alkoholisierten Zustand aggressiv und bedroht seine Frau. Sie fühlt sich nicht mehr sicher und ruft die Polizei. Bereits wenige Tage nach der Eskalation versöhnt sich das Paar jedoch wieder, und sie entschließen sich zur Paartherapie. Sie möchten zu einem besseren Umgang miteinander finden, der es ermöglicht, dass Vertrauen wieder wachsen kann. Sie wollen dem Sohn ein gesundes familiäres Umfeld bieten. Frau P. wünscht sich, dass sie sich mehr auf Herrn K. verlassen könne und würde das z. B. an einer Entlastung bei der Kinderbetreuung bemerken. Schon vor Beginn der Paartherapie hat sich Herr K. zu einer Einzeltherapie entschlossen, da er selbst einen Zusammenhang zwischen den aktuellen Beziehungsbelastungen und seinem Alkoholkonsum erkannt hat. Er ist auch bemüht, weitere Stressoren auszuschalten, und strebt berufliche Veränderung an, um günstigere Rahmenbedingungen für seine Gesundheit und Raum für gemeinsame Zeit mit der Familie zu schaffen. In den folgenden Gesprächen formulieren Herr K. und Frau P. gemeinsam Strategien für den Umgang mit neuerlichen Konflikten, die natürlich nicht ausbleiben.

Im fünften Gespräch berichtet Frau P., dass es zu einem weiteren Vertrauensbruch gekommen sei: Herr K. kam eines Nachts nach der Arbeit nicht nach Hause – er hatte zu viel getrunken und bei einer anderen Frau übernachtet. Sie sei sehr enttäuscht und verliere allmählich alle Hoffnung auf einen

entschlossen hat. Zu den anhaltenden Belastungen des Paares zählen neben existenziellen Sorgen (gesundheitlich und finanziell) auch sehr unterschiedliche Bedürfnisse betreffend die Nähe-Distanz-Regulierung. Als wesentlicher Faktor des therapeutischen Nutzens – vor allem für Frau M. – erscheint mir die „Zeugenschaft“. Die beiden leben sehr zurückgezogen, und auch der Austausch in der Beziehung scheint aufgrund ihrer unterschiedlichen Bedürfnisse wenig befriedigend.

Ein wiederkehrendes Konfliktthema ist ein von Frau M. berichteter Hausgeist. Frau M. ist überzeugt, dass sie ihr Haus mit dem Geist einer verstorbenen Verwandten teilen müssten. Diese sei dem Paar nicht wohlgesonnen und versuche immer wieder durch kleine Sabotagen die Beziehung zu stören. Sie berichtet wiederholt über das Verschwinden von Gegenständen und herabfallenden Bildern. Herr M. reagiert zumeist genervt und erklärt, Frau M. nutze diesen Geist als Sündenbock für die eigene Schlampigkeit.

Ohne auf Frau M.s Interpretation ihrer Wahrnehmungen als paranormale Phänomene näher eingehen zu müssen gelingt es, mit dem Paar die Bedeutung, die dieses Thema in ihrem Leben hat, zu besprechen und Konsequenzen für ihre Beziehungsgestaltung daraus abzuleiten. Das Paar findet ein Ritual, in dem sie ausdrücken, diesem Thema nicht mehr so viel Raum geben zu wollen.

Doch hartnäckig, wie Hausgeister scheinbar sind, kehrt das Thema auch in der Therapie wieder. Diesmal ist es nicht mehr möglich, es auf der Meta-Ebene zu besprechen. Frau M. hat überdies Sorge, in ihren Wahrnehmungen bzw. deren Beschreibungen nicht ausreichend ernst genommen zu werden, und will von mir wissen, ob ich denn an paranormale Phänomene glauben würde. Diese Information sei für sie wichtig, da sie befürchte, im Gespräch sonst „schlechte Karten zu haben“, würde ich dies nicht tun. Ich versichere Frau M. mein ehrliches Interesse an ihrem Erleben – unabhängig vom Thema und meinem persönlichen Glauben bzw. Nichtglauben –, beziehe jedoch zur eigentlichen Frage nicht wirklich Stellung. Da die Therapiebeziehung bereits gut etabliert ist, genügt diese Rückmeldung Frau M. zu diesem Zeitpunkt, um sich im Gespräch zu öffnen.

Gegen Ende der Sitzung frage ich nach, ob sich Frau M. ausreichend ernst genommen gefühlt habe. Sie bejaht dies, möchte aber dennoch gerne von mir wissen, wie ich persönlich zu dem Thema stehe – dies scheint für sie nach wie vor Bedeutung zu haben. Da Frau M. einerseits ohnehin zu vermuten scheint, dass ich ihren Glauben an Geister nicht

teile, sie aber andererseits soeben ein Gespräch erlebt hat, in dem sie Wertschätzung und Offenheit erfahren konnte, beschließe ich nun Stellung zu beziehen. Ich deklariere mich als Agnostikerin und füge hinzu, dass ich glaube, dass Menschen für ihr Erleben stets verschiedene Erklärungen finden würden. Diese individuell unterschiedlichen Bedeutungsgebungen würde ich auch bei vermeintlich „sachlicheren“ Themen erleben, und sie seien es, wofür ich mich als Mensch und als Therapeutin interessiere, auch wenn sie nicht meinen eigenen Erklärungsmodellen entsprechen. Frau M. scheint mit dieser Auskunft zufrieden, und ich überlege, ob sie nicht hätte auch schon am Beginn des Gesprächs stehen können.

DER PSYCHOTHERAPEUT UND SEIN NARZISSMUS

Zum Begriff des Narzissmus findet sich jede Menge Literatur, allerdings fast ausschließlich über die pathologische Ausprägung im Sinne der narzisstischen Störung. Über einen gesunden, realitätsgerechten Narzissmus, vor allem über jenen des Therapeuten, habe ich bislang wenig gefunden. In der kritischen Auseinandersetzung mit dem persönlichen Motivationsgefüge betreffend die Berufswahl, aber auch im Hinblick auf die Motivation im psychotherapeutischen Alltag sowie auf die Berufsrisiken erscheint es mir jedoch kaum möglich, diesen Aspekt auszuklammern.

„Es ist für eine ausgeglichene Psyche nicht nur wichtig, sondern auch notwendig, sich selbst als besonders und einzigartig einschätzen zu können und eigene Leistungen auch als ‚großartig‘ bezeichnen zu können.“ (www.dr-gumpert.de/html/narzissmus.html)

Dieses hohe Maß an Wertschätzung für sich selbst und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sehe ich durchaus als wichtige Ressource für die Ausübung des psychotherapeutischen Berufs. Die Freude, die wir aus unserer Tätigkeit schöpfen, fließt wiederum ein in unser Selbstbild. Doch hier lauert auch Gefahr: *„... wenn der Therapeut – aus welchen Gründen auch immer – in so hohem Maße ‚narzissmusbedürftig‘ ist, dass er die Berufsfreude nahezu ausschließlich aus der Möglichkeit schöpft, eigene narzisstische Defizite über liebevolle Identifizierung mit dem Patienten positiv zu verarbeiten. Für ihn wird es schwierig sein, zwischen Übertragung und real begründeten Gefühlsreaktionen des Patienten zu differenzieren und sich nicht von der ‚narzisstischen Fütterung‘ durch den Patienten verführen zu lassen. Er ist in Gefahr, Übertragungsphänomene zu missbrauchen, um schmerzlichen Einsichten in eigene Schwächen und Inkompetenzen zu entgehen – letztlich, um das narzisstische Selbstkonzept zu retten! Hier ist eine reife Grundhaltung des Therapeuten gefordert. Ihm muss bewusst sein, dass er*

selbst ja gar nicht gemeint ist, mag auch nicht alles ‚nur Übertragung‘ sein. Die liebevolle Zuwendung, die der Patient ihm entgegenbringt, kann und darf für ihn jedoch eine legitime narzisstische Befriedigung darstellen, wenn sie verbunden ist mit ‚reifer Resignation‘ und zumeist auch einem Anflug von Wehmut. Ist der Therapeut sich aber nicht im Klaren über seine eigenen narzisstischen Bedürfnisse und seine narzisstische Kränkbarkeit, dann wird er den Behandlungsprozess durch inadäquate Gegenübertragungs-Reaktionen ernstlich gefährden.“ (Völkel, in Kernberg, 2013)

AUS- UND NEBENWIRKUNGEN VON PSYCHOTHERAPIE AUF DEN PSYCHOTHERAPEUTEN

„Ich komme immer wieder vor in meiner Arbeit, nicht weil ich so interessant oder so wichtig bin, sondern weil ich das wichtigste Instrument meiner Wahrnehmung und meiner Aktivität bin. Das ist eine Nebenwirkung des Konstruktivismus.“ (De Waal, 2006)

Mit diesem hohen Maß an Präsenz in der Ausübung des psychotherapeutischen Berufs sind jedoch auch Aus- und Nebenwirkung verbunden, denen ich mich im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – widmen möchte.

DIE SELBSTWIRKSAMKEIT DES PSYCHOTHERAPEUTEN

„Alles, was wir sagen und tun, sagen und tun wir nicht nur dem Klienten gegenüber, sondern auch uns selbst. Im Grunde können wir sagen, es ist eine Selbstbegegnung, die vom Klienten immer wieder verstört wird, weil er anders antwortet als wir denken. Was wir im Alltag vernachlässigen können (die permanente Selbstbezüglichkeit), müssen wir als Therapeuten aushalten. Der Therapeut muss bereit sein, sich viel mit sich selbst zu beschäftigen, wenn er dem Klienten gerecht werden will. Das kann sich nicht im puren Narzissmus erschöpfen, ... Der Therapeut beschäftigt sich mit sich selbst auf folgende Weise: Wie nehme ich wahr, was höre ich etc., wie wirkt meine Äußerung auf mich zurück, was habe ich damit mir selbst gesagt, was/wer bin ich, als Figur für den Klienten und wie kann ich dabei für sein Anliegen nützlich sein?“ (De Waal, 2006)

Doch wie und wann nimmt der Psychotherapeut sein eigenes Beobachten wahr? Um zu verhindern, dass das, was er dem Klienten sagt, primär zu einer Botschaft an sich selbst wird und dem Klienten vielleicht gar nicht hilft ist es nötig, im Gespräch das eigene Tun mit zu beobachten. Doch dies erhöht die Komplexität und damit auch die Anstrengung für den Therapeuten. Weiters erfordert die Einnahme dieser Perspektive eine gewisse Distanz zum Geschehen und sollte daher im Interesse der Beziehungsgestaltung auch wieder bewusst verlassen werden. Verharrt der Therapeut je-

doch in dieser Selbstbezüglichkeit, riskiert er den Verlust von Spontaneität und damit einer wichtigen Ressource im therapeutischen Prozess.

Ein Aspekt, der meiner Ansicht nach in der psychotherapeutischen Reflexion oft etwas zu wenig Beachtung findet, ist der Körper. Vor allem wenn es um jenen des Therapeuten geht. Wir registrieren zwar an unseren Klienten Mimik, Körperhaltung, beziehen uns auf die Beschreibung ihrer physischen Symptome und bemerken, wenn das, was wir hören nicht zusammenpasst mit dem, was wir sehen. Doch dass es dazu immer auch des Körpers des Beobachters bedarf, ist uns oft nicht bewusst. De Waal (2007) und Merleau-Ponty (1966) bieten zu diesem Thema einige interessante Gedanken, die im Rahmen dieses Artikels zu erläutern zu weit führen würde. Sich aber die Tatsache, dass wir unseren Klienten immer auch als physische Präsenz gegenüberübersetzen, zu vergegenwärtigen, halte ich im Interesse der Selbstfürsorge für nötig. Wie lange erlaubt es mein Körper, meinem Gegenüber konzentriert zu folgen? Brauche ich zwischendurch Frischluft und sollte ich Pausen einplanen? Kann ich abends oder morgens besser arbeiten? ... Diese Überlegungen klingen banal und doch sollten sie bewusst angestellt und in der Weise, wie wir diesen Beruf ausüben, berücksichtigt werden, um für uns selbst, aber auch für die Klienten einen guten Arbeitsrahmen schaffen zu können.

In seinen Betrachtungen zur Selbstwirksamkeit beschreibt De Waal den Therapeuten als Mitwirkenden an permanenter Sinnproduktion. *„... nicht um Sinnfindung geht es, so vermessen sind wir nicht mehr als Konstruktivisten, dass wir das glauben, nein, um Sinnerzeugung, um Sinnerzeugung nach Bedarf und auf Verdacht – ‚kleine Produktion‘ also, nicht das ganze Leben soll erhellt werden, sondern bloß der Weg bis zur nächsten Kurve, dass man den Mut nicht verliert, nur für jetzt und die nächsten Momente, Provisorien halt und immer im Zusammenhang mit dem jeweiligen Anliegen, das muss genügen – dem Klienten und dem Therapeuten. Das ist der wahre Luxus, der schöne Kern dieses eigenartigen Berufes. Wer zur Schwermut neigt, findet hier den Lohn für seine Mühen, denn er beweist immer auch sich selbst – nolens volens –, dass das Leben auch sinnvoll gedacht werden kann, wie trostlos es im jeweiligen Moment erscheinen mag. So wie ich mich, wie gut abgrenzt ich immer sein mag, dem Leiden nicht komplett verschließen kann, genauso wenig kann ich mich dem wieder errungenen Sinn verschließen, ein Sinnzubrot meiner Sisyphosarbeit mit dem Klienten, dem ich gar nicht entrinnen kann.“ (De Waal, 2006)*

De Waal weist hier bereits auf einen möglichen „Lohn des Therapeuten“ hin: den persönlichen Gewinn der Spürbarkeit, dass das, worin wir unseren Klienten begleiten, nicht ausschließlich Schwere ist, sondern immer auch die Möglichkeit einer positiven Erzählweise birgt. Ben Furman (1999) spricht davon, dass es „nie zu

spät sei, eine glückliche Kindheit gehabt zu haben“ und meint damit nicht die rosarote Färbung von schlimmen Erfahrungen, sondern vielmehr das „Trotzdem“, das wir an unseren Klienten immer wieder miterleben und in unser eigenes Leben integrieren können.

„HALTUNGSSCHÄDEN“ UND IHRE SYMPTOME

Wer schon einmal in Physiotherapie oder ähnlicher Behandlung war, kennt möglicherweise diese beindruckende Beobachtungsgabe des Therapeuten, der bereits, während wir noch die Schuhe ausziehen und zur Matte schreiten, eine erste Diagnose erstellt und uns Rückmeldung zu Haltungsschäden gibt. Und auch der Psychotherapeut achtet jenseits der Inhalte, die ihm der Klient berichtet, auf Details, wie dessen Konzentrationsfähigkeit, Sprache, Blickkontakt, etc. Diese Informationen fügt der Therapeut ein in sein Gesamtbild, bildet Hypothesen über mögliche Defizite und stellt Diagnosen.

Doch wenden wir diesen diagnostischen Blick auch einmal dem Therapeuten zu. Woran erkennt er, wenn es zu „Schieflagen“ in der therapeutischen Haltung oder Handlungsweise kommt? Am verlässlichsten werden es wohl die Klienten rückmelden, und der Therapeut kann entsprechende Korrekturen vornehmen.

Im Laufe meiner bisherigen Arbeit konnte ich jedoch auch selbst einige „Symptome“ an mir erkennen, die darauf hinwiesen, dass die eigene Haltung in Gefahr geriet, Schaden zu nehmen. Anhand eines Fallbeispiels möchte ich im Folgenden zwei dieser Symptome beschreiben:

Im Rahmen des klinischen Praktikums an einer Reha-Klinik hatte ich auf der Abteilung für Essstörungen mehrfach Gelegenheit, an Besprechungen des multiprofessionellen Teams teilzunehmen. Ärzte und Pflegepersonal berichteten über medizinischen Status, Gewichtsstatistiken und dergleichen. Therapeuten unterschiedlicher Professionen berichteten über Erfolge – und überwiegend über Rückschläge in den Therapien.

Nach einiger Zeit bemerkte ich in meiner Reflexion des Erlebten, dass ich die Patientinnen als „die Mädels“ bezeichnete und in Gesprächen von „den Essgestörten“ sprach. Als Therapeutin beschäftigte mich die Ausdrucksweise meiner Klienten – ob sie sich als „Kranke“ beschreiben, „sich krank fühlen“ oder als jemand, der „unter etwas leidet“. Selbstbeschreibungen in Form von Beschreibungen sind für mich wertvolle Information. Was bedeutete es also, wenn die Patientinnen in meinem Kopf zu „den Mädels“ wurden? Ich würde jetzt gerne behaupten, dass es eine liebevolle Bezeichnung war, welche die wachsende Beziehung zu den Patientinnen aus-

drückte. Tatsächlich aber war es ein Hinweis darauf, dass ich begann, meine Hypothesen in meine Haltung übergehen zu lassen. Die in vielen Fällen berichteten problematischen Ablösungsprozesse ließen die erwachsenen Patientinnen vor mir zu kleinen Mädchen und pubertierenden Teenagern werden. Allerdings nicht im Sinne einer Perspektive, die ich bewusst einnahm, sondern vielmehr als Ausdruck dessen, dass ich im Begriff war meine Neutralität in der Haltung zu verlieren.

Ein weiterer Hinweis war die Verallgemeinerung von Patientinnen, die unter verschiedenen Essstörungen leiden, zu den „Essgestörten“. Was hier einerseits als sprachliche Komplexitätsreduktion legitim ist, birgt andererseits Gefahr, zu einem Bild in mir zu werden, was die Patientin ist, nicht wie sie sich verhält. Und darin liegt – nicht nur therapeutisch gesehen – ein großer Unterschied!

Vor allem die kritische Reflexion meiner Be- und Zuschreibungen der Klienten war für mich bisher immer wieder ein guter Prüfstein und oftmals Hinweis auf mögliche Auslassungen oder Verkürzungen, durch welche die therapeutische Beziehung Schaden nehmen könnte.

Als weiteres Symptom einer möglichen Schieflage im Selbstbild des Therapeuten betrachte ich die Idee, dass Klienten uns – zumindest in bestimmten Lebenslagen – „bräuchten“. Die aufgelöste Klientin, die telefonisch „unbedingt ganz bald und dringend“ ein früheres Gespräch erbittet, lässt uns spontan den Terminkalender zücken und möglicherweise Terminverschiebungen erwägen. So hilfreich und wirksam Psychotherapie auch sein mag sollten wir dabei jedoch nicht vergessen, dass Klienten bisher auch ohne professionelle Unterstützung in der Lage waren, das Leben auf ihre Art zu meistern. Nicht nur aus psycho-hygienischen Gründen sollten wir daher zumindest kurz innehalten und kritisch reflektieren, ob wir uns hier primär narzisstisch angesprochen fühlen und ob die passende Intervention ein früherer Termin oder besser das Zutrauen von Bewältigungsstrategien bis zum vereinbarten Gespräch ist.

DER PSYCHOTHERAPEUT IM PRIVATLEBEN

„In Bezug auf die Auswirkungen bzw. Nebenwirkungen des Psychotherapeutenberufes ist neben dem individuellen Wohlbefinden und der Gesundheit das Privatleben von Interesse, da sich hier mit hoher Wahrscheinlichkeit Belastungen oder auch positive Effekte der beruflichen Tätigkeit niederschlagen werden. Darüber hinaus haben die privaten Beziehungen und Aktivitäten natürlich auch einen relevanten Einfluss auf die psychosoziale Befindlichkeit und können Belastungen aus der beruflichen Tätigkeit auffangen bzw. deren Verarbeitung oder

die Möglichkeit, sich von diesen zu distanzieren, fördern.“ (Reimer u. Jurkat, 2001; Kastner, 2004; in Linden und Strauß, 2013)

Mit welchen Risiken müssen wir also rechnen? Und worin liegt der Gewinn, der uns den Preis, der mit der Ausübung dieses eigenartigen Berufs verbunden ist, gerne zahlen lässt?

Laut De Waal sind der Verlust von Unschuld, Naivität und Unmittelbarkeit durch die Ausübung des therapeutischen Berufs unvermeidlich. *„Selbstverständlich wirkt das weiter, wenn du am Abend heimgehst, wir haben ja kein für die Psychotherapie reserviertes cerebrales Areal zur Verfügung. Aber es lohnt auch, nicht unschuldig zu sein, das heißt zu wissen, dass es eine dunkle Seite gibt, die keinen von uns verschont – das ist auch ein Lohn. Therapeut sein heißt ebenfalls, nicht naiv zu sein, das heißt zu wissen, dass jede Lösung – und letztlich damit die Idee des Glücks – immer vorläufig ist und wir schon zu Beginn um das Ende wissen. Was haben wir davon? Einfach gesprochen: Wir brauchen uns die Mühe der Illusion nicht zu machen, können es auch nicht mehr, auf Dauer gesehen zumindest. Resignation kann ein Vorteil sein, v. a. wenn man älter wird, das spart Energie. Aber was ist der Lohn für den Verlust von Unmittelbarkeit? Denn wenn ich gewöhnt bin, Orientierungsrahmen über das Spontane zu legen, verliere ich Unmittelbarkeit. Dass uns immer weniger überraschen kann, das ist wohl der teuerste Preis, den wir zu zahlen haben. Und hier sollten wir nicht zahlen, weder in der Therapie, noch im Leben, das lohnt nicht, weil uns sonst weder die Menschen, noch das Leben interessieren. Das sollte der Moment sein, wo der Therapeut sich den unvermeidlichen Nebenwirkungen entschlossen entgegenstellt. Wie das geht? Indem wir das, was wir für sicher halten und gewonnen haben, immer wieder aufgeben.“* (De Waal, 2006)

STRATEGIEN IM UMGANG MIT DEN NEBENWIRKUNGEN UND BERUFSRISIKEN VON PSYCHOTHERAPIE

Immer wieder aufzugeben, was wir für sicher halten, oder zumindest die Bereitschaft, diese Sicherheit über Bord zu werfen, erscheint mir ein hoher Anspruch. Aber keinen geringeren sollten wir haben. Denn um Psychotherapie unseren Klienten, aber auch uns selbst gegenüber, verantwortungsvoll ausüben zu können, braucht es genau diese Beweglichkeit.

Unterstützung und Hilfe findet der Therapeut auf verschiedenen Ebenen: professionell in Form von Inter- und Supervision, durch Metakommunikation mit dem Klienten sowie persönlich im Ausgleich in Form von anderen Aufgaben im Beruf und im Leben allgemein. Und letztlich sollte auch die Aufgabe des Berufs als ultima ratio *„zumindest denkmöglich sein. Therapie kann und darf nicht die einzig vorstellbare Möglichkeit beruflicher Bedarfsdeckung sein.“* (De Waal, 2009)

ZUSAMMENFASSUNG

„Es hat immer (auch) etwas mit uns zu tun!“ Ob wir uns dies nun als Teil unserer Motivation zugestehen oder rein vom Standpunkt der Nebenwirkungen und Berufsrisiken aus betrachten – Therapie wirkt auch auf den Therapeuten.

Das Wissen, dass unsere Haltung verlässlich auf uns zurück wirkt, sollte uns also ein weiterer Grund sein, diese immer wieder aufs Neue zu überprüfen und Bezug zum eigenen Bedarf herzustellen. Statt des voreiligen Negierens unserer Bedürfnisse sollte vielmehr ein Bemerkens derselben möglich sein, um daraus die nötigen Konsequenzen abzuleiten. Dies bedeutet für mich jedoch mehr als Schutz im Sinne der Wahrung von Grenzen (jene des Klienten als auch jene des Therapeuten), sondern vielmehr Selbstfürsorge im Sinne eines *„liebvollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgangs mit mir selbst und das Ernstnehmen jener Bedürfnisse.“* (Luise Redemann, 2013)

LITERATUR:

- De Waal, H., Die Selbstwirksamkeit des Therapeuten. Systemische Notizen. 2/06, S. 7–11, Wien 2006
- De Waal, H., Der Körper und die systemische Therapie. Systemische Notizen 4/07, Wien 2007
- De Waal, H., Ausbildungsnotizen, lasf 2009
- Furman, B., Es ist nie zu spät eine glückliche Kindheit gehabt zu haben. Borgmann, Dortmund 1999
- Kernberg, O. (Hrsg.), Dulz, B. & Eckert, J., WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren ‚unmöglichen‘ Beruf. Schattauer, Stuttgart 2004
- Linden, M., Strauß, B., Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2013
- Merleau-Ponty, M., Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter Studienbuch, Berlin, 1965
- Schlippe, A., Schweitzer, J. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2012
- Scholze, M., Rauscher-Gföhler, B., Klicpera, C. (Hrsg.). Unterwegs in der systemischen Familientherapie. Facultas Universitätsverlag, Wien 1997
- Seidelberger, M., Auf den Spuren des systemischen Konstrukts der Neutralität. Systemische Notizen. 4/10, S. 40–56
- Seidler, I., Handout Neutralität, lasf 2012
- Seidler, I., Handout Strukturdeterminismus: Eine Einführung, lasf 2012
- Seidler, I., Schönheit und Gefahr der systemisch-therapeutischen Beziehung. Systemische Notizen 01/14, S.22-35, Wien, 2014
- Watzlawick, P., Kreuzer, F., Die Unsicherheit unserer Wirklichkeit. Ein Gespräch über den Konstruktivismus. Piper, München, 1998

Internetquellen:

<https://www.dr-gumpert.de/html/narzissmus.html>