

Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

Regina Konrad

Vorwort

Ich habe diesen Vortrag auf der Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichentherapeuten im Mai 1999 in Hameln gehalten. Das Motto der Tagung lautete: Was heilt?, worauf ich am Anfang des Vortrages auch Bezug nehme. Üblicherweise werden die Vorträge später in einem Tagungsband veröffentlicht. Meiner wurde mit der Begründung abgelehnt, er referiere vorwiegend subjektive Eindrücke. Meine Gedanken seien nicht in einen allgemeinen wissenschaftssprachlichen oder klinischen Diskurs eingebunden. Ohne nun vermessen zu erscheinen hat es mich trotzdem sehr gefreut, die Gedanken, die ich in diesem Vortrag eher assoziativ ausführe, wiederzufinden in einem Beitrag von Helmut Thomä in der *Psyche* 9/10/99: Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus.

Viel Freude beim Lesen! Und : Über ein feed back würde ich mich freuen.

Vom Glauben der Berge versetzt

Zunächst möchte ich Ihnen sagen, wie sehr mich das Tagungsthema angesprochen hat. Was heilt? Was heilt wirklich, möchte ich ergänzen. Was für eine schlichte und doch so grundlegende und schwierige Frage.

Nehmen Sie sich – wenn Sie mögen - einen Augenblick Zeit: Wenn Sie an eine Ihrer erfolgreichen Therapien denken:

- Was hat diese Therapie für Sie zu einer besonderen gemacht?
- Womit oder wodurch – glauben Sie - wurde der Patient/die Patientin geheilt? Würde er/sie es auch so sehen?
- Und: Wenn Sie an Ihren eigenen Heilungsprozeß denken, was hat ihn befördert, was war hinderlich?
- Heil sein – ganz, vollständig. Was bedeutet "heil sein" für Sie? Welche Bilder/Worte/Gefühle verbinden Sie damit?

Heil, so lese ich im Brockhaus, kommt vom gotischen *hails*, das gesund bedeutet. Heil steht für Geborgenheit,

Vollständigkeit, Unversehrtheit.

Heil ist ursprünglich die den Menschen tragende Lebenskraft. Fehlt diese, so mangelt es an Heil, und es tritt der Zustand des Unheils ein. – Im religiösen Sinn bedeutet Heil einen anzustrebenden Zustand des Glücks, zu dem die Erlösung aus dem unvollkommenen Zustand der Sünde durch einen Heiland, einen Heilsbringer, führt. (dtv-Brockhaus-Lexikon, Band 8, 1982)

Der gemeinsame Ursprung von ‚heilen‘ und ‚heilig‘ zeigt, daß Heilen ursprünglich mit übernatürlichen, magischen, göttlichen Kräften in Zusammenhang gebracht wurde. Der Heiler war gleichzeitig der Priester, der Schamane, der von Gott/ den Göttern Auserwählte und Berufene, denn nur Gott hatte die Macht über Leben und Tod. Diese Macht gab er an seine Diener weiter. Die Vorstellung von Krankheit(von einem Dämon besessen sein) war eingebettet in den Glauben an Gott und somit auch die Vorstellungen über das Gesund, das Heil werden.

Ich möchte Sie nun zunächst einstimmen mit zwei kleinen Geschichten, die sich so oder vielleicht auch nur so ähnlich vor 2000 Jahren in der Gegend um Nazareth zugetragen haben sollen. Ein Blinder kam zu Jesus. "Jesus sprach: Was willst Du, daß ich Dir tun soll? Er sprach: Herr, daß ich wieder sehen möge. Und Jesus sprach zu ihm: Sei sehend! Dein Glaube hat Dir geholfen. Und alsbald ward er sehend." (Lukas 18, 40)

"Was willst du ..", fragt Jesus zunächst. Was sind deine Ziele, deine Vorstellungen, deine Erwartungen an mich, "daß ich dir tun soll". Jesus stellt sich auf die Vorstellungswelt des Kranken ein, er fragt nach seiner Motivation und interessiert sich dafür, wie der Kranke sich sein Gesundwerden, seinen Heilungsprozeß und die Rolle des Heilers darin vorstellt. "Daß ich wieder sehen möge" ist eine klare Vorstellung im Bereich der Möglichkeiten des Patienten („wieder“ deutet ja an, daß er den Zustand kennt). Er erwartet eine Veränderung für sich selber, an der er beteiligt ist. Mit seiner Frage stellt sich Jesus aber nicht nur auf die innere Welt des Patienten ein, sondern er eröffnet auch einen gemein-

Konrad: Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

samen Ziel- und Lösungsraum, er imaginiert sozusagen gemeinsam mit dem Kranken den ersehnten Zustand, richtet seine Kräfte darauf aus. Als er "Sei sehend" sagt, ist das eine Realisierung, eine Umsetzung von dem, was sie vorher gemeinsam in der Phantasie entworfen haben. Mit "Dein Glaube hat dir geholfen", sagt er dem Kranken, daß er- der Kranke - einen wesentlichen Anteil an dieser Veränderungsarbeit hat. Dein Glaube hat dir geholfen. Was könnte ‚Glaube‘ hier bedeuten? Vertrauen zu dem Heiler, Vertrauen in die gemeinsamen Arbeit, die Überzeugung, gesund werden zu können, und der Wille dazu? Wichtige Elemente jeder positiven Veränderung.

In der nächsten Geschichte kommt ein Vater mit seinem vielleicht epileptischen Sohn zu Jesus. Er hatte sich vorher schon an die Jünger gewandt, die den Jungen aber nicht heilen konnten, und ist dementsprechend skeptisch/mißtrauisch:

"Kannst du aber was, so erbarme dich unser und hilf. Jesus aber sprach: Wie sprichst du: Kannst du was? Alle Dinge sind möglich, dem der glaubt. Als bald schrie des Kindes Vater: Ich glaube, hilf meinem Unglauben." (Markus 9,22)

Ich finde das ein sehr schönes Beispiel. Jesus sagt, es ist zunächst nicht die Frage, ob ich etwas kann, oder auch was ich kann, sondern: Alle Dinge sind möglich, dem der glaubt; d.h. auch hier sagt er, der Heilungsprozeß geht von dir aus, ich kann ihn unterstützen, aber nur wenn du mir die Macht dazu gibst. Es ist etwas, was zwischen uns passiert, an dem du beteiligt bist.

Er weist den Vater auf seine Ambivalenz hin, macht ihm aber gleichzeitig auch ein Arbeitsangebot, zeigt ihm einen Weg. Der Vater versteht wohl dieses Angebot, denn er antwortet: Hilf meinem Unglauben, also hilf dem Teil in mir, der sich sperrt, der skeptisch ist, der noch nicht bereit ist.

Zu den Jüngern, die ihn später fragen, warum sie den Jungen nicht heilen konnten, sagt Jesus: Weil euer Glaube so klein ist. Wenn euer Glaube auch nur so groß ist wie ein Senfkorn, dann werdet ihr diesem Berg sagen: Rück von hier nach dort!, und er wird wegrücken. Nichts wird euch unmöglich sein. (Matthäus 17,19)

Nicht nur der Kranke muß Vertrauen in die Heilkraft des Heilers haben, nicht nur der Kranke muß gesund werden wollen, sondern der Heiler selbst muß, um heilen zu können, von seiner Heilkraft überzeugt sein. Er muß in der Lage sein, die Selbstheilungskräfte des

Kranken zu mobilisieren.

Interessanterweise weisen neuere Forschungen auf den engen Zusammenhang zwischen Glauben/innerer Überzeugung und Heilung hin.

Jerome D. Frank (1997, S.195ff) wertete in seinem Buch "Die Heiler" verschiedene Untersuchungen / Experimentalreihen zu den Wirkungen von Placebos aus und kommt zu dem Schluß, daß Placebos immer dann hochwirksam sind, wenn der Arzt und der Patient von ihrer Wirksamkeit überzeugt sind. Placebos werden definiert als inaktive Substanzen, die auf die Situation, für die sie verschrieben werden, keine direkte Auswirkung haben, sondern aufgrund der Erwartung des Patienten wirken. Ein Placebo ist dann wirksam, wenn es die Überzeugung des Patienten mobilisieren kann. Ich möchte Ihnen hier nur eine dieser für mich sehr faszinierenden Untersuchungen referieren. In dieser Untersuchung wurde festgestellt, daß Placebos im Doppelblindversuch als schmerzstillendes Mittel verabreicht, verglichen mit der Wirkung von Morphinum einen Wirkungsgrad von 55% haben. Das hat -so der Gehirnforscher Robert Ornstein-etwas damit zu tun, daß unser Körper in Lage ist, schmerzstillende Substanzen(Endorphine) zu bilden(Ornstein 1993, S.97ff). Jerome D. Frank kommt zu dem Schluß, daß unsere innere Einstellung eine Behandlung unterstützen, sie wirkungslos machen oder ins Gegenteil verkehren kann. Wichtig ist, daß auch der Arzt von der verordneten Therapie überzeugt ist oder zumindest diese Überzeugung transportieren kann.

Seine Wortwahl, seine Stimme, seine Körpersprache haben einen wesentlichen Einfluß auf den Heilungsprozeß (s. Tsp.v.22.2.99; Frank 1997, S.200). Glauben Arzt und/oder der Patient, daß Genesung ein langer und schwieriger Prozeß ist, und der Patient vielleicht nie wieder völlig gesund werden wird, so kann die Therapie durch diese Einstellung wesentlich beeinträchtigt werden.

Überzeugungen, Annahmen, Glaubenssätze sollen hier verstanden werden als Leitprinzipien, nach denen wir leben und handeln. Wir verhalten uns so, als ob sie wahr wären, unabhängig davon, ob sie es tatsächlich sind. Überzeugungen sind Generalisierungen, die auf vergangenen Erfahrungen beruhen und die unsere zukünftigen Reaktionen, aber auch Erwartungen formen. Sie bilden ein System, das unseren Erfahrungen Kohärenz, eine innere Stimmigkeit verleiht. Dadurch bieten sie Stabilität und lassen uns eine Situation besser verstehen. (Frank 1997, S.52 ff).

Konrad: Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

Die therapeutische Haltung - Ideal und Wirklichkeit

Was hat das alles mit meinem Thema zu tun?

Wenn wir als Analytiker über die therapeutische Haltung nachdenken – jedenfalls ist das in der Literatur so dann geht es ja zunächst nicht um Glaubenssätze, sondern um die Befolgung der Grundregel: Wohlwollende Neutralität, gleichschwebende Aufmerksamkeit und die Abstinenzregel. Ein guter Therapeut wartet ab, gibt Raum, er läßt sich nicht verwickeln, er heilt durch Deutungen, er beantwortet keine Fragen, macht keine Geschenke und nimmt auch keine an. Ein guter Therapeut agiert nicht, beachtet seine Gegenübertragung und nutzt sie, um die unbewußten Konflikte des Patienten zu erkennen. Ein guter Therapeut ist empathisch. Er läßt sich auf das interaktionelle Geschehen ein, er ist Teilnehmer und Beobachter.

Dies zunächst zur korrekten Haltung. Ein Sammelsurium aus Verhaltensanweisungen- und vorschritten, aus Geboten und Verboten, die sich zum Teil widersprechen.

Am hartnäckigsten halten sich die Gebote und Verbote, die meist losgelöst von ihrem Entstehungs- und damit oft auch Bedeutungshintergrund tradiert werden. Ich jedenfalls zucke immer noch zusammen, wenn mir ein Kind eine Frage stellt.

Weil mit diesen oft verkürzt wiedergegebenen Vorschriften soviel Schindluder getrieben wird, möchte ich die Kontroverse, die unter Analytikern sehr heftig geführt wird, ansatzweise wiedergeben, und dann noch einmal schärfer fragen, was das für uns als Kindertherapeuten bedeutet.

Lassen Sie mich mit der Abstinenz und der Neutralität beginnen.

Paul Parin möchte die Abstinenzregel auf den Kern, nämlich die sexuelle Abstinenz, beschränkt wissen und bemerkt lakonisch. "Auf die Frage, wie sich die Etablierung der Abstinenzregel – ob sie nun ganz, teilweise oder gar nicht befolgt wird – auf die Analyse ausgewirkt hat, habe ich nur die Antwort: ungünstig, kontraproduktiv oder ganz verderblich."(Parin 1987, S.176)

Und zur Neutralität: "Mit dem Streben nach Neutralität wirkt der Analytiker unberührt, vielleicht unberührbar. Statt sich der Entfaltung von übertragenen Gefühlen,

Wünschen, Hoffnungen und Ängsten zur Verfügung zu halten, hat er ein ganz bestimmtes Verhältnis zum Analysanten installiert: ein Machtgefälle."(Parin 1987, S.177)

Und Margarethe Mitscherlich schreibt: "Ich würde meine Grundhaltung nicht unbedingt als ‚politisch‘ definieren, sie ist genauso gut eine ethische, psychoanalytische, erkenntnistheoretische, wahrheitssuchende ...nur eine neutrale ist sie nicht, von der ich übrigens auch glaube, daß sie nur eine herzlose, zynische oder sich selbst betrügende Haltung sein kann."(Kutter 1988, S.VII)

Daniel Stern sagte im Rahmen eines workshops zu einer Kollegin, die Abstinenzregel sei von einem jungen Arzt angesichts seiner überwiegend jungen, attraktiven, weiblichen Klientel aufgestellt worden, als Schutzmaßnahme sozusagen.

Wenn das zuträfe, dann wäre natürlich die nächste Frage: Wovor müssen wir als Kindertherapeuten uns schützen? Welche gefährlichen Verwicklungen könnte es für uns geben und welche Regel könnte uns davor bewahren?

Paul Parin vermutet, daß die Abstinenzregel uns vor den schwer erträglichen Ansprüchen unserer Patienten, aber auch vor Zweifel und Unsicherheit schützen soll. Sie hüllt uns in die Aura der Allwissenheit ein und verleiht uns dadurch Macht. Vielleicht soll sie uns auch vor dem Verwickeltwerden, dem Agieren schützen, aber ist nicht der beste Schutz das Eingeständnis, daß wir immer auch verwickelt sind, und eine angstfreie Reflexion dieses Prozesses?

Parin begründet für mich sehr schlüssig, daß es eine abstinente Haltung gar nicht geben kann, daß wir in jeder Analysestunde eigene Bedürfnisse und die Bedürfnisse unserer Patienten befriedigen, ja er geht sogar soweit zu behaupten, die wirkliche Befolgung der ganzen Regel verhindere jeden analytischen Prozeß(Parin 1987, S.175).

Aber entgegen diesen so oft vorgetragenen Einwänden halten sich hartnäckig Vorurteile und Gleichsetzungen: Abstinente sein, heißt passiv sein, heißt schweigen, abwarten, Raum geben, das Gegenteil davon ist aktiv sein, und das bedeutet, den Patienten einzuschränken, zu manipulieren. Wenn ich passiv bin, greife ich nicht ein, nehme keinen Einfluß, ich beobachte nur und deute. Ist das so? Egal ob schweigend, ob passiv oder aktiv, ich bin immer Teilnehmer am Geschehen und beeinflusse damit den Prozeß. Ich beeinflusse den Pro-

Konrad: Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

zeß mit meiner inneren Einstellung, mit meinem Menschenbild, mit meinen Werten und dies um so mehr je weniger ich diese Einstellung zum Gegenstand der direkten Untersuchung mache, je unbewußter sie bleibt. Sowohl die theoretische Richtung wie auch die therapeutische Technik, der ich mich zuneigt fühle, hat etwas mit meinem Menschenbild und mit meinen Werten zu tun. Dies ist das Resultat psychoanalytischer Forschungsergebnisse, die Thomä und Kächele in der Einführung zu ihrem Lehrbuch zitieren. (Thomä/Kächele 1996, S. 57)

Wenn wir uns darauf verständigen, daß eine therapeutische Haltung hilfreich sein sollte, daß heißt im Prozeß förderlich, dann wäre es ja interessant, welche kurativen Faktoren die psychoanalytische Therapieforschung zutage gefördert hat. Ich zitiere hier aus der Übersichtsarbeit von Kächele (Kächele 1992, S. 273).

- Die kurativen Faktoren:
- Die Erfahrung einer hilfreichen Beziehung
- Die Fähigkeit des Therapeuten zu verstehen und zu antworten.
- Die Vermehrung der Einsicht des Patienten (self-understanding)
- Die Fähigkeit des Patienten, seine Behandlungsgewinne zu internalisieren
- Die Motivation des Patienten, sich zu verändern
- Die größere Toleranz des Patienten für Gedanken und Gefühle

Manfred Pohlen betont in seinem Vortrag anlässlich seiner Eremitierung: "Die Persönlichkeit des Therapeuten ist wirksamster Faktor, sein Menschen- und Weltverständnis und v.a. das darin implizierte Wertesystem von entscheidender Bedeutung. Das Gelingen oder Mißlingen des Prozesses ist also davon abhängig, welche Werte das interaktionelle (Hervorhebung R.K.) Geschehen bestimmen." (Pohlen 1999, S.75)

Ich glaube, daß die meisten Kindertherapeuten interaktionell arbeiten. Uns wären, wie es Rainer Krause in einem workshop in Berlin so schön plastisch ausdrückte, ansonsten auch die Radiergummis um die Ohren geflogen. D.h. es gab für uns immer schon eine andere Technik, eine die sich nicht nur auf passives Beobachten, Verstehen und Deuten beschränkte.

Ich vermute einmal, daß die meisten Kindertherapeuten einen hyperaktiven, zu Grenzüberschreitungen neigenden kleinen Jungen nicht gewähren lassen, sondern daß

sie Grenzen setzen und daß sie mitunter, wenn sich wenig entwickelt (wieviel Kinder können noch freispiel), auch anregen, anstoßen, hineingeben. Das heißt daß wir neben einer Grundeinstellung, die etwas mit unseren mehr oder weniger bewußten Werten/Überzeugungen zu tun hat, eine therapeutische Haltung einnehmen, die patientenzentriert ist, die variiert von Patient zu Patient und die abhängig ist vom Verlauf der Therapie. (s. Kutter 1988, S.19)

Bei dem Vortrag von Manfred Pohlen wurde mir deutlich, daß unter Analytiker eine Auseinandersetzung um eine neue Identität stattfindet, in der sie sich als Teilnehmer eines Interaktionsprozesses sehen und verstehen, eine Auseinandersetzung, die, wie ich zuerst vor schnell dachte, wir gar nicht führen müssen. Wir mußten immer schon systemisch denken, zu dem Kind die Gesamtfamilie, die Interessen, Erwartungen und Befürchtungen aller im Auge behalten, die Balance nicht nur des Patienten, sondern auch seiner Familie sehen. Wir konnten nicht monokausal denken, weil wir immer schon intrapsychische Konflikte mit den interpersonellen verknüpft haben, ja weil wir bei den kleinen Kinder die Entstehungsgeschichte der intrapsychischen Konflikte aus den interpersonellen förmlich miterleben konnten. Wir sind viel stärker als Person gefordert, sowohl in der Therapie mit den Jugendlichen, aber auch weil gerade bei uns der Anteil der nonverbalen und der Anteil der symbolischen Kommunikation sehr hoch ist.

Und doch habe ich mir gedacht: das ist unsere Praxis. Inwieweit sind wir durch Lehranalyse und Supervision, durch mannigfache Identifikation nicht doch verbunden mit dem Ideal der reinen Psychoanalyse, die wir eben nur bedingt praktizieren können. Inwieweit messen wir uns an diesen Ansprüchen und werten die eigene, schwierige Arbeit ab, die gerade deshalb auch so schwierig ist, weil es uns an Vorbildern fehlt? Inwieweit ist unsere ideale therapeutische Haltung als Kindertherapeuten nicht doch von den Idealen der Erwachsenenanalyse geprägt, und wir geraten in innere Konflikte, weil wir tagtäglich dagegen verstoßen, verstoßen müssen?

Wie komme ich darauf?

Einmal fällt mir auf, wie schwer es ist, Kindertherapeuten, auch und gerade erfahrene Kindertherapeuten zu finden, die Stundenprotokolle von Sitzungen bei workshops vorstellen. Schon gar welche Diskussionen es gibt, ob wir Erstinterviews zu Lehrzwecken auf Video aufnehmen wollen und wer sich daran betei-

Konrad: Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

ligt.

Ich vermute dahinter die Sorge, daß die tägliche Praxis (vielleicht ja nur die eigene?) den psychoanalytischen standards nicht entspricht, den theoretischen Ansprüchen, mit deren Hilfe wir uns vor nicht allzulanger Zeit aus der Spiel- und Bastelecke herauskatapultiert haben, und vielleicht kämpfen wir ja noch zu sehr damit, sie zu verinnerlichen, als daß wir sie schon wieder kritisieren können.

Mir ist bei der Durchsicht der Literatur aufgefallen, wie wenig wir- jedenfalls im deutschsprachigen Raum - an der theoretischen Auseinandersetzung beteiligt sind. So gibt es in dem informativen Sammelband "Die psychoanalytische Haltung" keinen Artikel zu der Haltung in der Therapie von Kinder und Jugendlichen. Unser Kollege Michael Naumann-Lenzen hat schon 1994 in seinem Vortrag "Jenseits der Deutung"gefragt, ob wir uns mit der Rückkehr zum Deutungspurismus die Anerkennung in der psychoanalytischen Gemeinschaft erkaufen wollen. Und auch er hat festgestellt, daß dies ein interessanter Prozeß sei angesichts der gegenläufigen Tendenzen innerhalb der analytischen Diskussion. (Naumann-Lenzen 1994, S.266)

Ich hoffe, aus dem bisher Gesagten ist deutlich geworden, daß es mir bei meinen Ausführungen nicht um ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ geht.

Konstruktivistische Autoren unterscheiden die harte und die weiche Realität. Soziale Prozesse z.B. gelten als Teil der weichen Realität. Die meisten Eigenschaf-ten, die wir uns in unserem sozialen Handeln zuschreiben(A ist .. B kann..) sind letztlich willkürlich, platisch, verformbar – eben Überzeugungen. Sie wirken wie Realitäten, weil sie von einer für uns wichtigen Gruppe und /oder der Kultur, in der wir leben, geteilt werden. Je eher sie dem dominanten Bewußtsein unserer jetzigen Kultur entsprechen, desto wahrhaftiger, wirklicher erscheinen sie uns. Hilfreich ist es manchmal aus dem Blickwinkel der Normen, Werte und Konstruktionen einer anderen Kultur auf die unsere zu blicken, um die historische Bedingtheit (das Gewordensein) unserer Werte und Glaubenssysteme zu erkennen.

Wenn das aber so wäre, daß wir Wirklichkeit konstruieren, dann wäre es ja eine entscheidende Frage, welche Wirklichkeit wir konstruieren.

Welche Überzeugungen sind dann im therapeutischen Prozess hilfreich, welche sind eher schädlich?

Ich komme nun zu einem weiteren Lieblingskind der

Analytiker, um das untereinander heftig gestritten wird, über das wir uns aber nach außen, gegenüber den anderen einig sind: Der Länge der Analyse.

Jede Veränderung dauert lange, wenn sie eine Veränderung ist

Ich möchte mit einem Beispiel beginnen: In einem workshop über die Entwicklungsdynamik früher Störungen der Eltern-Kind-Beziehung zeigte Frau Papousek die Videosequenz einer Interaktion zwischen einer Mutter und ihrem Säugling und bat uns dann, das Gesehene zu kommentieren. Ich gebe hier einige Kommentare der Teilnehmer zu dieser Videosequenz wieder, so wie ich sie in Erinnerung habe: "Die Mutter ist kontrollierend" "Eine sehr übergriffige Mutter" "Eindringend" "Kalt" "Unempathisch" "Die Mutter bemüht sich so um ihr Kind, sie bekommt gar keine Resonanz" "Sie wirkt hilflos" "Sie kann das Baby nicht erreichen, sie merkt es, aber sie probiert immer dasselbe" "Das Baby reagiert gar nicht auf die Mutter" "Je mehr sich die Mutter bemüht, desto abweisender wird das Baby". Frau Papousek schlug – als Intervention - der Mutter das stillface-experiment vor. Die Mutter sollte für ein paar Minuten ein unbewegliches Gesicht machen. In der nächsten Videosequenz zeigte Frau Papousek die Reaktion des Babys: Das Baby fing jetzt an, sich um die Mutter zu bemühen. Für die Mutter ein wohl sehr erschütterndes Erlebnis, das noch einmal dadurch verstärkt wurde, daß Frau Papousek das Video gemeinsam mit ihr ansah und besprach. Wie Frau Papousek uns erläuterte, erlebte die Mutter in dieser Episode: Das Baby mag mich, es lehnt mich nicht ab, es bemüht sich um mich und .. es braucht ein wenig Raum zur Eigeninitiative. Eine kleine Intervention mit einer großen Folge.

Interessant waren die Reaktionen einiger Teilnehmer in der Pause:

Das geht doch gar nicht – mit so einer kleiner Intervention auf der Verhaltensebene kann man doch keine Veränderung erreichen – das reicht doch nicht – ohne eine längere Therapie kann man bei so einer schweren Störung doch gar nichts erreichen. Das ist doch viel zu verhaltenstherapeutisch. Erstaunlich?

Stern hat in seinem Buch "Die Mutterschaftskonstellation" ausgeführt, welch hochsensible Zeit die Zeit der Mutterschaft ist, wie durch ganz andere Gesetze bestimmt.(Stern 1998, S.209ff) In dieser Phase können Interventionen intensiver wirken, weil die Mütter emp-

Konrad: Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

fänglicher sind. Veränderungen können schneller umgesetzt werden und wirken sich sowohl auf das Verhalten als auch auf die Repräsentanz aus, die die Mutter von sich als Mutter, von ihrem Kind und ihrer gemeinsamen Interaktion hat, weil die Repräsentation die Interaktion, aber auch die Interaktion die Repräsentation beeinflusst, also andere Erwartungen an die Welt ausbildet. (Stern 1998, S.139f + S.161) Auch Paulina Kernberg führte bei einem workshop aus, daß gerade Mutter-Kind-Therapien meist mit 6-12 Sitzungen auskommen.

Sie wird zu diesem Thema im Juni in Berlin einen workshop machen. Aber auch ohne diese Information: Warum müssen einige von uns soviel Abwehr mobilisieren, wenn sie scheinbar leichte Interventionen mit raschen Veränderungen miterleben? Was sagt das über unsere eigene Identität, was über unsere Überzeugungen? Ist es zunächst nicht interessant, wenn wir mit anderen Formen/Möglichkeiten von Heilungsprozessen konfrontiert sind, die anscheinend auch wirken, und wäre nicht eigentlich die nächste Frage dann, wie denn genau. Welche Hypothesen kann man dazu aufstellen? Was können wir daran modellhaft lernen? Kann es unsere eigenen Prozesse bereichern oder ist es für mich persönlich eher untauglich. Warum müssen wir andere Ansätze so in Frage stellen, anstatt sie als Bereicherung zu erleben? Welche Einstellungen/welche Glaubenssysteme/welche Erfahrungen kommen da zu Vorschein?

Der Chicagoer Psychoanalytiker Michael Basch schreibt in seinem Buch "Kurzzeittherapie", er habe nach langen Jahren der Ausbildung und Supervision das Gefühl, daß einer erfolgreichen Kurzzeittherapie am meisten der Glaube, die Einstellung des Therapeuten entgegenstehe, jede Veränderung brauche lange (Basch 1997, S.14). Die Ulmer Psychoanalytiker Thomä und Kächele ergänzen: Nichts prägt den Arbeitsstil des künftigen Therapeuten so sehr wie seine eigene Lehranalyse und seine Supervision. Je länger die eigene Lehranalyse desto länger die Therapien mit den Patienten. Hinzu käme eine innerhalb der analytischen Gemeinschaft ganz außergewöhnliche Hochschätzung jeglicher Quantität, nach der Formel je länger desto besser, auf deren narzißtische Komponente Glover schon 1955 aufmerksam gemacht habe. (Thomä/Kächele 1996, S.45).

Nun kann ich annehmen, daß viele von ihnen diese Überzeugung teilen. Es ist eine Überzeugung, die wir mit der Gemeinschaft der Analytiker bei allen schu-

lenmäßigen Unterschieden teilen, sie ist sozusagen verbindend, identitätsstiftend. Therapie dauert lange, muß lange dauern, sonst ist sie keine richtige Therapie, die etwas verändert. Alle anderen Therapieformen sind oberflächlich, wirken nicht strukturell.

Um das hier klarzustellen, es geht mir nicht um ein "entweder oder", Kurzzeit- gegen Langzeittherapie, sondern mir geht es darum, unsere Überzeugungen unter die Lupe zu nehmen, da diese, wie wir gesehen haben, einen wesentlichen Einfluß auf den Heilungsprozeß haben. Außerdem glaube ich, daß wir uns mit dem Therapieziel 'strukturelle Änderung' selber unter Druck setzen, denn wenigstens wir müßten

nach so langen Jahren der Analyse ja wandelnde Beispiele für diese tiefgreifenden und positiven Veränderungen sein.

Die Abgrenzungen gegenüber anderen Therapieformen mögen für die eigene Identität gut und wichtig sein, auch auf der berufspolitischen Ebene kann ich die Argumentation nachvollziehen, aber innerhalb unserer Seminare, unserer workshops und Tagungen, überall da, wo wir unsere Praxis reflektieren und weiterentwickeln, halte ich diese Abgrenzungen für schädlich.

Abgrenzungen beinhalten Denkverbote, sie machen starr, ängstlich und sind wenig kreativitätsfördernd. Sie isolieren uns. Wir können aber die anstehenden Probleme, die neuen Herausforderungen nicht in einer selbstgenügsamen Isolation lösen. Wir brauchen eine Vernetzung, eine Verbindung mit den Erfahrungen der anderen Therapieformen und eine Verbindung zur wissenschaftlichen Arbeit an den Universitäten. Wir brauchen die Weiterentwicklung.

Von Ostereiern, die wir zuerst verstecken und dann wiederfinden

Einen anderen Zugang zu dem Zusammenhang von Therapieverlauf und Einstellung habe ich erhalten bei der Lektüre von "Die frühe Kindheit" von Martin Dornes. In dem Kapitel über Aggression geht Dornes der Frage nach, inwieweit Eltern durch die Interpretation zweideutiger Handlungen ihrer Kinder diese aggressivieren, und zwar indem sie deren assertives, sich selbstbehauptendes Handeln aggressiv deuten, d.h. sich dadurch angegriffen, bedroht/zurückgewiesen fühlen und deshalb ihrerseits aggressiv reagieren, wodurch sie die Selbstbehauptungstendenzen der Kinder mit Aggression kontaminieren.

"Je größer die Neigung der Eltern ist, eine assertive

Konrad: Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

oder zweideutige Handlung des Kindes als aggressiv zu interpretieren, desto wahrscheinlicher ist es, daß das Kind sich aggressiv entwickeln wird. Einmal weil die Eltern seine Selbstbehauptung häufiger einschränken werden, denn sie mißverstehen sie als Aggression; zum zweiten, weil sie das oft mit aggressiven Mitteln tun, so daß sie selbst Rollenvorbilder für aggressives Handeln des Kindes werden. Möglicherweise gilt ähnliches für die therapeutische Situation. Im Grunde

kann man mit der "Deutung" von Aggression nie falsch liegen... Interpretiert man eine nicht aggressiv gemeinte Handlung oder Äußerung eines Patienten als aggressiv oder Aggression verbergend, so wird er sich mißverstanden und verletzt fühlen, und deshalb mit Aggression reagieren, was dann als Beleg für die Richtigkeit der Deutung (miß)verstanden wird. Aggressionstheorien, welche die kognitive Matrix einer solchen Zuschreibungsneigung sein können, befördern so die Entstehung von Aggression, die sie dann als allgegenwärtig diagnostizieren. Wer der Meinung ist, der Mensch sei von Natur aus aggressiv, wird eine größere Bereitschaft mitbringen, auch zweideutige Handlungen im Sinne dieses Weltbildes zu interpretieren. So betrachtet sind Theorien, die Assertion und Aggression trennen, auch therapeutisch und erzieherisch im Sinne einer Aggressionsprophylaxe wirksam." (Dornes 97, S.256)

Inwieweit filtern also unsere Vorannahmen/Theorien das, was wir in der Interaktion mit dem Patienten wahrnehmen und deuten? Und wie wiederum beeinflusst diese Einstellung den Heilungsprozeß. Ist das was Dornes für Aggression ausführt auch auf den Bereich Pathologie/schwer gestört/ Ressourcenorientierung übertragbar? Analytikern wird ja des öfteren von außen vorgeworfen, daß sie mit ihrer Fixierung auf die Pathologie diese verfestigen anstatt sie aufzulösen. Macht es also einen Unterschied für den therapeutischen Verlauf, ob ich den gemeinsamen Fokus mit dem Patienten auf seine Defizite richte, oder ob ich mit ihm seine Entwicklungspotentiale, seine Bewältigungsmöglichkeiten, seine Stärken beleuchte und mich mit ihm zusammenfrage, inwieweit er diese bei den anstehenden Problemen nutzen kann? Verändert diese Sichtweise meine Beziehung zum Patienten? Vielleicht sogar meine Beziehung zu meiner Arbeit?

Hierzu fand ich Sterns Ausführungen zu den positiven Verzerrungen der Eltern ihrem Baby gegenüber hilfreich. "Die meisten Eltern entwickeln eine ganze Reihe positiver Verzerrungen über ihr Baby. Eltern machen

Spaß, wenn sie sagen, daß ihr Baby das schönste, faszinierendste, bezauberndste, liebenswerteste Baby der Welt sei, emotional aber erleben sie diese Verzerrungen als machtvolle subjektive Realität. ...

Ein weiteres aufschlußreiches Beispiel für positive Verzerrungen ist die Tendenz der Mutter, im proximalen Entwicklungsbereich des Kindes zu agieren (Wygotski 1962). Intuitiv lehren Mütter ihr Kind, auf einer Ebene zu sprechen oder sich zu verhalten, die immer gerade ein Stückchen weiterentwickelt ist als die reale augenblickliche Ebene des Kindes, aber nicht zu weit von dieser entfernt. Das Kind wird auf diese Weise gewissermaßen vorangezo-gen. Um dies zu tun, muß die Mutter sich so verhalten, als könne das Baby etwas tun, das im Augenblick noch eine Überforderung darstellt, bald aber im Rahmen seiner Möglichkeiten liegen wird. In diesem Moment interagiert sie mit dem zukünftigen Baby: sie arbeitet im Rahmen einer optimistischen, zukunftsorientierten Konstruktion." (Stern 1998, S.47f)

Auf den Therapieprozeß übertragen hieße das, daß wir mit unseren Patienten zusammen in der Phantasie einen zukünftigen Raum entwerfen, in dem seine Ziele, seine Entwicklungspotentiale, seine kleinen und großen Schritte enthalten sind. Diese gemeinsame Imagination, die vor allem die Ressourcen des Patienten, seine Fähigkeiten und Stärken in Hinblick auf die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsschritte mobilisiert, könnte dann zu einer machtvollen inneren und äußeren Realität werden.

Zum Schluß möchte ich noch einmal aus dem Vortrag von Manfred Pohlen zitieren, weil er meines Erachtens diesen Prozeß sehr eindrücklich beschreibt, und damit für mich den Bogen zum Anfang schlägt, zu den Lehr-geschichten des Jesus von Nazareth:

"Die Güte des Therapeuten und seiner Beziehungs-gestaltung mit dem Patienten lebt aus seiner antizipatori-schen Kompetenz, sich dem System des Patienten einzupassen und das Passende für ihn aufzufinden. Daran muß sich, in Ausübung dieser imaginativen Fähigkeit, sein Wahrnehmen und Handeln orientieren. Die besonderen Bedingungen für die Herstellung eines wirksamen Prozesses liegen beim Therapeuten in der Wahrnehmungsfokussierung auf die entwicklungsför-derlichen Potenzen des Patienten...; sie liegen im Phantasievermögen des Therapeuten, mit dem Patien-ten eine produktive Umbewertung seiner Leidens-und Lebensbewertung zu erreichen...; sie liegt in der Ach-tung und Anerkennung des Therapeuten gegenüber den

Konrad: Die therapeutische Haltung und ihr Einfluß auf den Heilungsprozeß

vom Patienten entwickelten Schutzstrategien, seiner Symptome, in der Bejahung der Person als Voraussetzung von Gegenseitigkeit statt der Verweigerung von Gegenseitigkeit."(Pohlen 1999, S.75)

Eine Gegenseitigkeit, so möchte ich hier ergänzen, die von Stärken und Schwächen auf beiden Seiten ausgehen kann, und somit auch dem Therapeuten eine menschliche Haltung zugesteht.

In Arte lief voriges Jahr ein faszinierender Film über Leben und Werk von Sigmund Freud. Auffallend war für mich, seine Neugierde, seine Entdeckerfreude, die Lust und der Mut, Neuland zu betreten, und die innere Freiheit, neue Denkdimensionen zu schaffen. Freud hat seine revolutionären Theorien im ausgehenden 19.Jahrhundert entwickelt an der Schwelle zum 20.. Wir selber stehen heute an einer neuen Wende. Zwischenzeitlich sind neue wissenschaftliche Erkenntnisse über die komplexe menschliche Psyche, neue Möglichkeiten über soziale Prozesse nachzudenken entwickelt worden, wir sind aber auch mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Ich wünsche uns allen etwas von dieser Entdeckerfreude. Ich glaube, wir können sie gut gebrauchen.

Literatur:

- Die Bibel
Basch, M.(1997): Die Kurzzeittherapie. München: Pfeiffer
Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit, Frankfurt am Main: Fischer
Dtv-Brockhaus-Lexikon(1982): Band 8, Wiesbaden
Frank, J.D.(1997): Die Heiler.Stuttgart: Klett Cotta
Grawe, K./Grawe-Gerber, M.(1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. In: Psychotherapeut 2/99
Kächele, H.(1992): Psychoanalytische Therapieforschung. In: Psyche 3/92
Kächele, H./Thomä, H.(1996): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin: Springer
Kutter, P. (1988): Vorwort. In: Kutter, P.(Hg.): Die psychoanalytische Haltung. München; Wien: Verl. Intern. Psychoanalyse
Naumann-Lenzen, M.(1994): Jenseits der Deutung. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie 3/1994
Ornstein,R.(1993): Unser Gehirn: das lebendige Labyrinth. Hamburg: Rowohlt
Parin, P.(1987): Abstinenz? In: Befreiung zum Widerstand. Frankfurt am Main: Fischer
Pohlen, M.(1999): Psychotherapie als Wissenschaft? In: Forum der Psychoanalyse 1/99
Stern, D.(1998): Die Mutterschaftskonstellation, Stuttgart: Klett Cotta
Wallerstein,R.S.(1990): Psychoanalyse und Psychotherapie. In: Psyche 11/90

Kontakt:

Regina Konrad

Rheingaustr.22

D 12161 Berlin

Fon 030 822 28 09

Fax 030 827 07 471

E-mail regina.konrad@berlin.sireco.net