

194. Kächele H, Hohage R (1996) Das therapeutische Zusammenspiel mißglückt. In: *Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Spiel und Zusammenspiel in der Psychotherapie. Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 37-55*

Horst Kächele und Roderich Hohage¹

Das therapeutische Zusammenspiel missglückt².

A Lieber Freund und Kollege, warum sprechen wir so selten und ungern über mißglückte Therapien ?

Z: Dumme Frage,- weil wir in der Mehrzahl keine Masochisten sind und lieber über unsere Erfolge als über die Mißerfolge sprechen.

A.: Für dumme Fragen bin ich auch zuständig ! Über Mißglücken einer therapeutischen Beziehung zu sprechen, gehört also zu den unangenehmen Pflichten

Z.: Natürlich hast Du recht: wir sollten öfter darüber reden. Schließlich beschäftigt unsere Arbeit uns ununterbrochen mit der Frage, warum die Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen so gründlich mißglücken kann, dass therapeutische Hilfe in Form einer neuen Erfahrung gesucht werden muß.

A: Doch diese ist täglich vom Scheitern bedroht, sie kann glücken aber sie muß es nicht. Gilt das denn für alle Psychotherapieformen, oder ist dies eine eine spezielle psychoanalytische Perspektive der therapeutischen Beziehung?

Z.: Nein, scheitern können alle Formen von Psychotherapie. Vielleicht hat die Psychoanalyse einen besonderen theoretischen Zugang zum Verständnis des Scheiterns, weil sie so stark an dem konflikthaften Element in den Beziehungen interessiert ist. Konflikt ist ja in der Psychoanalyse nicht ein Störfaktor, den man durch kluges Verhalten vermeiden könnte.

A.: Konflikt, also im weitesten Sinne Nicht- Zusammenpassen, ist ein wesentlicher Aspekt unserer menschlichen Existenz, deshalb will die Psychoanalyse ja auch keine Konfliktfreiheit erreichen, sondern einen erträglichen Umgang mit Konflikten ermöglichen.

¹ Der Text wurde gemeinsam verfasst; Dialogregie von HK

² Zur Erinnerung an einen fruchtbaren Dialog mit Klaus Grawe anlässlich der Salzburger Verhaltenstherapiewochen 1984 über "Mißerfolge in der Psychotherapie"

Z.: Entsprechend bescheiden gab sich Freud, wenn er von den Erfolgen der psychoanalytischen Kur redete: "Die psychoanalytische Therapie ist an dauernd existenz-unfähigen Kranken und für solche geschaffen worden, und ihr Triumph ist es, dass sie eine befriedigende Anzahl von solchen dauernd existenzfähig macht"³.

A: also eher der Sieg in der Niederlage als der echte Triumph? Dann hat auf den ersten Blick die Psychoanalyse natürlich weniger zu bieten als die Verhaltenstherapie, die Störfaktoren ausschalten möchte....

Z: So weit auseinander liegen die Schulen gar nicht, wie häufig behauptet wird. Klaus Grawe schrieb in einem wenig bekannten Aufsatz im Jahre 1984: "die Erfahrung des Scheiterns haben die Verhaltenstherapeuten inzwischen reichlich gemacht" (S.223) - es könnte ja hilfreich sein, wenn wir das Scheitern genauer analysieren und uns dabei näher kommen, statt uns über die Erfolgsraten zu streiten .

A. Immerhin gibt es inzwischen ausführliche Berichte, auch von betroffenen Patienten und Patientinnen, über gescheiterte Therapien. Was muß denn passieren, daß eine Therapie mißglückt? Was ist dort anders als in geglückten Therapien?

Z. Nach heutiger Auffassung bilden sich in der therapeutischen Situation auch wesentliche Elemente früherer Beziehungen, insbesondere von Eltern-Kind-Beziehungen wieder ab. Mißglückte Therapien dürften also nach einem ähnlichen Strickmuster ablaufen, wie mißglückende Eltern-Kind-Beziehungen.

A. Na das klingt ja heiter! Wenn ich mir Mütter mit Kindern im Supermarkt, im Wartezimmer oder im Zug anschau, dann stolpere ich ununterbrochen über mißglückte Beziehungen, über Streit, Gejammer und über faule Kompromisse zur Konfliktvermeidung! Wenn die Psychotherapie nicht bessere Erfahrungen zu bieten hat als solche Erfahrungen: wie will sie dann noch helfen?

Z. Das ist ja gerade die spannende Frage, die wir Therapeuten untersuchen sollten. Man sieht soviel mißglückte Interaktion zwischen Eltern und Kind und dennoch klappt anscheinend in vielen Fällen das Zusammenspiel! Es scheint einen Mechanismus zu geben, der Zusammenfinden möglich macht, und das muß für Eltern-Kind-Beziehungen ebenso gelten wie für therapeutische Beziehungen. Wenn man als Therapeut die eigene Therapie aufnimmt auf Tonband oder auf Video, dann staunt man, wie miserabel das Zusammenspiel mit dem Patienten oft zu klappen scheint: Was hätte man

³Freud (1905)

nicht alles besser machen wollen. Aber wenn man sich dann das Ergebnis der Therapie anschaut, dann war das häufig doch ganz akzeptabel.

A. Na, und was ist dieser geheime Mechanismus, der für das Zusammenspiel sorgt statt für Disharmonie?

Z. Ich denke, es ist das Auftreten von emotionalen Signalen, die man auch als Symptome bezeichnen kann. Kinder reagieren auf ein mißglücktes Zusammenspiel mit solchen Signalen. Eltern wissen oft nicht, was sie falsch gemacht haben oder was sie besser machen sollten, aber sie verstehen im günstigen Fall die Signale und geben dem Kind die Möglichkeit, sich auffangen zu lassen. Weinen ist so ein Signal, aber auch ein Wutanfall, oder ein regressiver Schritt, z.B. in vermehrte fordernde Abhängigkeit. Im günstigen Fall unterläßt die Mutter aus einem instinktiven Wissen heraus in solchen Fällen den sonst üblichen Verweis oder eine Strafaktion, und läßt dem Kind ein Stück freien Raum für sein Verhalten. Kurze Zeit später läßt das Kind sich einfach in den Arm nehmen, und plötzlich klappt das Zusammenspiel wieder.

A. Na, das klingt mir aber sehr nach den Grundsätzen der Gesprächspsychotherapie, nach denen Verständnis und Wärme ausreicht, um alle Wunden zu heilen.

Z. Im Prinzip ist da ja auch etwas dran - aber nur im Prinzip. Man kann daraus grade nicht ein Patentrezept machen und den Eltern ein grundsätzliches Verstehenmüssen predigen. Dann werden sich nämlich die Wutanfälle der Kinder häufen, wann immer es ein Interesse durchzusetzen gilt. Die Kunst der Erzieher bleibt es, an der richtigen Stelle konsequent zu bleiben und trotzdem zu erkennen, wenn affektive Reaktionen des Kindes den Charakter von Notsignalen bekommen. Und im Grundsatz gilt das gleiche für das Zusammenspiel von Therapeut und Patient.

A. Theoretisch klingt das ja alles sehr schön, aber praktisch ...

Z. Wollen wir die Probe aufs Exempel machen?

Nehmen wir die Anfangsphase einer erfolgreich abgeschlossenen Psychoanalyse, die in Ulm sehr gründlich empirisch untersucht wurde⁴. Frau Amalie X suchte Hilfe wegen einer schweren Beeinträchtigung ihres Selbstgefühls: Sie litt unter multiplen Ängsten und unter einer Tendenz zu selbstkritischem Grübeln, die durchaus zwangsneurotische Züge hatte. Im sexuellen Bereich gab es erhebliche Probleme. Wir haben insbesondere die Anfangsphase und die Schlußphase dieser Tonband-aufgezeichneten

⁴Thomä & Kächele (1988)

Analyse mit verschiedenen Methoden untersucht, u. a. mit der einem Instrument zur Kennzeichnung von Übertragungsvorgängen⁵.

A.: Das gibt es? Du machst mich staunen?

Z.: Außerdem haben wir sie mit einem Instrument zur Bestimmung von emotionaler Einsicht untersucht⁶ Dabei sind wir darauf gestoßen, daß am Beginn dieser am Ende erfolgreichen Behandlung das Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patientin durchaus nicht optimal geglückt zu sein scheint. Also keine Rede von einem erfolgreichen Beginn. Dennoch hat sich auf die Dauer eine sehr gute therapeutische Beziehung entwickelt.

A. Was ist denn am Anfang so mißglückt?

Z. Es ist gar nichts Gravierendes schief gelaufen. Aber am Ende der ersten Stunde hat die Patientin Amalie X verstohlen auf die Uhr geschaut und war vom Therapeut darauf aufmerksam gemacht worden. Im Gespräch ergab sich, dass sie vermeiden wollte, vom Therapeut hinauskomplimentiert zu werden und deshalb die Stunde innerlich vorzeitig abschloß. Es war von einer Art Stolz in ihrer Haltung die Rede.

A.: kann ich gut verstehen !

Z.: Die nächste Stunde beginnt die Patientin mit einem Bericht über den Besuch von Bekannten, die über Gebühr lange blieben. Ihr seien solche Situationen peinlich, weil sie nicht unhöflich sein wolle.

A.: Das Thema der Vorstunde "Hinauswerfen" oder "Lästig-Fallen" setzte sich also fort.

Z.: Du sagst es. Es folgt eine Passage mit viel Selbstkritik, ja Selbstentwertung. Es tritt ein längeres Schweigen und die Patientin fragt schließlich: "Ich möchte wissen, wie ich das wohl sehen soll ?".

A.: Eine gute Frage !

H.:Der Therapeut ist wohl eher überrascht von ihrer Frage und antwortet ausweichend unter Wiederholung ihrer früheren Aussagen. Daraufhin setzt die Patientin ihre Selbstkritik fort. Der Therapeut interessiert sich nun für Einzelheiten.

A.: Das hätte er nicht tun sollen !

⁵Gill und Hoffmann (1982), s. auch Herold (1995)

⁶Hohage & Kübler (1987)

Z.: Die Patientin wirkt in ihrem Bericht immer weniger emotional . Dann schaut sie wie schon in der Vorstunde auf die Uhr.

A.: es wird ja richtig spannend !

H.:Der Therapeut greift diesen Blick auf und deutet ihn im Zusammenhang mit der Tendenz, eher besorgt als ärgerlich zu sein, was sich ja auch am Umgang mit den Freunden zeige. Die Patientin antwortet mit einer langen grüblerischen Schilderung ihrer Skrupel und Hemmungen. Sie ist emotional sehr weit weg. und schweigt schließlich.

A.: Wundert Dich das ? Mich nicht !

Z.:Auf Nachfrage des Therapeuten sagt sie schließlich: *"Ich überleg schon so in Klammern, warum ich hier liege und nicht sitze. Ich soll wohl Ihre Reaktion nicht sehen, ich weiß es nicht. Weil, das ist irgendwo so, irgendwo so verunsichernd"*. Der Therapeut fragt weiter nach und die Patientin bringt Vermutungen über den Sinn der Anordnung im Liegen und über die Gründe, warum der Therapeut nicht direkt antwortet.

A: Schon beim Zuhören kriege ich Mitleid mit der Patientin

Z: Na ja, lass mich doch erst mal die Entwicklung der therapeutischen Beziehung in dieser Stunde zu beschreiben:

A.: Nun gut

Z.: Zunächst bleibt diese Beziehung im Hintergrund der Aufmerksamkeit, und in der Beschäftigung mit dem eigenen Erleben erscheint die Patientin als produktiv. Die erste Konfrontation mit dem Blick auf die Uhr rückt bereits die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt der gemeinsamen Aufmerksamkeit. Zwar folgt die Patientin dem Therapeut bereitwillig und spricht über ihre Vorstellungen von der Beziehung und zum Setting; aber die Auswertungen der Tonbandprotokolle zeigen, dass der emotionale Zugang zum Erleben und die Einsicht der Patientin eher zurückgehen, die Selbstkritik dagegen verstärkt wird.

A: Also dieses Beispiel zeigt, dass im Verlauf der Stunde sich in der therapeutischen Beziehung ein leiser Mißklang einschleicht; kann es sein, dass er durch die allzu aufdringliche "Deutungskunst" des Therapeuten schon in der Vorstunde getriggert wurde ?

Z: Man kann es so sehen. Es spricht viel dafür, daß die Patientin sich in dieser Anfangsphase enorm verunsichert fühlte. Zum einen sah sie sich bezüglich des Blicks auf die Uhr kritisiert. Darüber hinaus hat sie an zwei Stellen den Therapeut gefragt, wie dieser sie denn beurteile. Der jedoch

hat ihre Fragen eher zurückhaltend und defensiv beantwortet. Es ist bezeichnend, wie die Patientin ihre Enttäuschung verarbeitet: Sie verteidigt wenig später ein vorsichtiges Lavieren bei Konflikten und sagt: Ich fühle mich manchmal verletzt, wenn jemand so knallhart seine Meinung sagt.

A: Diesen Satz muß ich wiederholen: "Wenn jemand so knallhart seine Meinung sagt" - mir scheint, wir vergessen, wie präzise unsere Patientinnen und Patienten uns darauf hinweisen, dass wir gemeint sind, wenn das Subjekt "jemand" gebraucht wird. Vielleicht sollten wir doch in der Ausbildung ein bisschen mehr linguistisches Wissen, so eine Art Sprache-Knigge einbauen?

Z Ja, nur hat sie selbst den Therapeut auf der manifesten Ebene sogar verteidigt, indem sie seine Vorsicht lobte. Nur im Betrieb, da konnte sie etwas von ihrem Zorn unterbringen; in der Sitzung war viel vom Hinauswerfen vom ungeeigneten Lehrling die Rede.

A. Darf ich einwenden, daß die Patientin doch ganz konsequent die Probleme und Konflikte präsentiert hat, wegen denen sie therapeutische Hilfe sucht....

Z. Das ist es ja grade! Es ist natürlich auch relevantes Konfliktmaterial. Es ist aber auch ein Minisymptom in der Beziehung: die Patientin verlagert die aggressive Thematik nach außen ; sie wagt nicht, den Therapeuten wegen seiner Zurückhaltung zu kritisieren.

A.: Statt dessen kritisiert die Patientin sich selbst.

Z.: In der Tat. Der Therapeut versteht dieses Minisymptom nicht, statt dessen nimmt er die Selbstkritik der Patientin positiv auf: Fazit: das Zusammenspiel klappt nicht.

A. Und was passiert nun?

Z. Das, was in allen vergleichbaren Beziehungen passiert: Das Minisymptom verstärkt sich. Die Patientin verstärkt im Verlauf der nächsten Sitzungen ihre grüblerische Selbstkritik, dabei tritt das emotionale Mitschwingen immer mehr zurück. Sie thematisiert auch die Beziehung zum Therapeut nicht mehr direkt, und wieder passiert das gleiche: Der Therapeut begreift die Selbstkritik dieser skrupulösen Patientin nicht als Verstärkung ihrer Symptomatik, sondern er nimmt sie zunächst als Einsicht.

A. Was ist denn da überhaupt noch zu retten, wenn der Zug in die falsche Richtung fährt?

Z. Das ist die Gretchenfrage, und die Therapie von Amalie X gibt darauf eine gute Antwort. Zwischen Sitzung 7 und Sitzung 8 gibt es eine kleine Explosion. Amalie X läßt ihre aufgestaute Wut und Enttäuschung ziemlich unkontrolliert an ihren Lehrlingen aus. Natürlich kommt sie mit schweren Schuldgefühlen in die nächste Stunde; zugleich ist sie immer noch voller Anklage gegen die böse Welt, die sie so sehr in die Enge treibt.

A.: Was für ein Dilemma !

Z.: Und nun passiert nicht das, was eigentlich zu erwarten wäre. Der Therapeut hebt nicht den Zeigefinger und ermahnt mehr oder weniger verdeckt, doch nicht zu unkontrolliert wütend zu sein. Aber er macht auch nicht das Gegenteil und gibt der Patientin in ihren Vorwürfen recht. Er versteht offenbar,

A.: wenigstens etwas !

Z.: daß es sich hier um einen Wutanfall als ein Symptom handelt. Er bemüht sich, die Patientin emotional aufzufangen. In dieser Sitzung steigen die Einstufungswerte für Einsicht, und die Patientin erzählt jetzt einen Traum, den sie zuvor verschwiegen hatte.

A: Und daraus soll ich schließen, daß dieses Auffangen in der 8. Sitzung die ganze Therapie gerettet hat?

Z: Natürlich nicht. Wir reden hier von Mikroepisoden mit Mikroergebnissen, aber das scheint mir wieder sehr ähnlich zu sein, wie beim menschlichen Zusammenspiel außerhalb. Viele kleine Episoden machen aus einem kleinen einen immer stärker werdenden Prozeß bzw. eine langfristige Entwicklung aus. Ich bin überzeugt: Wiederholt sich der beschriebene negative Beziehungserfahrung, und wäre diese Wiederholung oft genug passiert, dann, dann wäre diese Therapie den Bach hinunter gegangen.

A: Also einmal ist keinmal, aber viele einmala führen dann doch zum unerfreulichen Ausgang

Z: Ja, eine einmalige Abkühlung des therapeutischen Klimas zieht in der Regel keine längerfristigen schädlichen Auswirkungen nach sich, aber wiederholte <kleine Ursachen> können durchaus große Wirkungen haben.

A: Was alles bewirkt eine Abkühlung, eine Verschnupfung, eine Misstimmung, die am fatalen Ende <Blumen auf Granit⁷> wachsen lässt?

⁷Dörte vom Drigalski verdanken wir diesen ansprechenden Titel einer "Irr- und Lehrfahrt", die mit einem gründlichen Misserfolg endete; siehe auch Strupp (1982).

Z: das ist die 1000 -Dollar-Frage ! Gestern hat Lester Luborsky uns über die alles überragende Bedeutung der therapeutischen Allianz aufgeklärt. Die meisten von uns könnten dies aus eigener klinischer Erfahrung durchaus wissen, aber selten schenken wir diesem Faktor genügend systematische Aufmerksamkeit.

A: ich vermute, dass wir alle miteinander doch immer wieder zu sehr zwischen Patient und Therapeut getrennt sehen, eben dann doch nicht das Zusammenspiel ausreichend im Auge haben.

Z: Die umfangreiche Literatur zur Bedeutung prognostischer Faktoren belegt zunächst, dass ihr Erklärungswert vor dem Beginn einer Behandlung wesentlich geringer zu veranschlagen ist, als dies unsere Standard-Lehrtexte reklamieren. Offensichtlich können wir allein aus den vorausgegangenen negativen Erfahrungen nur begrenzt etwas über die Prognose aussagen. Wir können aus dem Fehlen schwerer Traumatisierungen vor allem noch keine gute Prognose ableiten.

A.: Also wozu dann der große Aufwand für Erstgespräche ?

Z.:Erstgespräche sollten vor allem dazu dienen, gemeinsam die Richtung zu ermitteln, in die eine Behandlung gehen kann, dann sollten sie dazu helfen, in Absprache mit dem Patienten eine Behandlung zu initiieren.

A: Läuft das darauf hinaus, daß man sich darauf beschränken kann, dem Angebot des Patienten empathisch zu folgen?

Z: Nein, das heißt es sicherlich nicht. Der Therapeut braucht eine schlüssige Therapiekonzeption, wenn er erfolgreich arbeiten will. Er kann seine Konzeption aber nicht auf seinem eigenen Planeten unterbringen, während der Patient ganz woanders sitzt. Das Zusammenspiel muß sich bewähren darin, wie das Konzept des Therapeuten und das Angebot bzw. das subjektive Wissen des Patienten miteinander abgesprochen werden.

A.: Das heißt, der Therapeut muß sich in der Art und Weise, wie er günstige Bedingungen schafft und Anstöße setzt, den Einschränkungen und Möglichkeiten des Patienten und den Besonderheiten der jeweiligen Situation anpassen.

Z.: Er darf nicht einfach eine oder nur seine Methode zur Therapie anbieten und damit basta.

A: ja, und was hat das mit den missglückten Beziehungen zu tun ?

H: sehr viel. Das Gelingen dieser Absprache zu Beginn einer Therapie setzt eine positive Einstellung zum Therapeuten voraus; zugleich ist die

Absprache die Voraussetzung für das weitere Gelingen. Wir haben es hier also mit einem Kreisprozeß zu tun. Die Problematik des Patienten kann nun aber gerade darin bestehen, daß solche Absprachen nicht funktionieren.

A. Ich kenne das und ich bin skeptisch: wenn eine Therapie unbefriedigend läuft, dann heißt es ganz rasch: der Patient ist nicht richtig motiviert, im Klartext: er wollte gar nicht wirklich Therapie. Damit liegt der schwarze Peter wieder sehr bequem beim Patienten.

Z. Da bin ich allerdings auch skeptisch. Die wiederholten Erfahrungen missglückender Beziehungen sind für den Patienten der eigentliche Anlass zur Psychotherapie - deswegen stellen wir uns ja im Erstinterview die Frage: warum gerade jetzt und nicht dann und damals.

A: Für das Scheitern kann man also nicht einfach die früheren Beziehungserfahrungen verantwortlich machen.

Z: Die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient eine Wiederholung negativer Erfahrungen auch in der therapeutischen Beziehung anstrebt, mag theoretisch plausibel klingen, ist aber nach den empirischen Befunden nicht so simpel zu lesen⁸.

A: was heißt das für den Kliniker?

Z: das heißt, der Patient sucht mit großer Wahrscheinlichkeit zunächst eine positive Erfahrung in der Therapie, keine negative, und er sucht auch nicht vordringlich den Konflikt. Aber ob er sie auch wirklich findet in der Therapie, das hängt ganz wesentlich von seinen vorausgegangenen Erfahrungen ab. Die wichtigsten Motivationen eines Menschen betreffen die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen

A: dies ist doch die Grundlage der diversen ursprünglich psychoanalytisch inspirierten, heute auf breiter Basis akzeptierten interaktionellen Therapietheorien⁹.

Z: Ja, der Patient braucht ein Gegenüber, mit dem er trotz offensichtlicher Beziehungsprobleme noch Absprachen treffen und die Richtung der Therapie festlegen kann- sonst nützt alle Sehnsucht nach einer guten Erfahrung nichts!

A: also geht es nur darum einen geeigneten Therapeuten zu finden. Sollten wir nun darauf bauen, daß jeder Therapeut soll für alle Probleme offen ist,

⁸)Frank (1981)

⁹zB Anchin & Kiesler (1982); Grawe (1992)

und daß jeder Patient den für ihn passenden Therapeuten finden kann? - Ist das noch eine sinnvolle Utopie oder schon ein grandioser Wahn?

Z: Leider ist es gut begründet, und belegt, dass ein missglücktes therapeutisches Zusammenspiel umso eher zu erwarten ist, je stärker Patienten schwere Störungen - psychotischer Art oder von Borderline-Form - aufweisen. Seitdem es eine systematische Literatur über den Verschlechterungseffekt gibt¹⁰, müssen wir damit leben, dass Psychotherapie jedweder Provenienz weit davon entfernt ist, eine Panazee zu sein. Je schwerer die Störung, desto weniger Erfolg ist uns beschieden - da beisst die Maus keinen Faden ab. Es wird also mit zunehmender Störung die Wahrscheinlichkeit immer geringer, daß ein geeigneter Therapeut gefunden wird.

A: Das läuft aber nicht darauf hinaus, daß es bei schweren Störungen schon fast egal ist, wer denn nun der Therapeut ist! oder doch ?!

Z: Nein, das Gegenteil scheint der Fall zu sein! Es gibt bei schwerer gestörten Patienten besonders eindeutige Belege dafür, dass es Unterschiede gibt, - Unterschiede in der therapeutischen Kompetenz von Therapeuten.

A.: davon hört man selten!

Z.: Laß Dir von einem dramatischen Ergebnis berichten¹¹. Für zwei Therapeuten, die beide eine vergleichbare Gruppe adoleszenter Patienten psychotherapeutisch behandelten, wurden keine signifikanten Unterschiede im Langzeitergebnis bei neurotischen Störungen gefunden. Bei den schwerer gestörten Jugendlichen hatte Therapeut A nur 27 % negative Langzeitverläufe, hingegen hatte Therapeut B 88% negative Langzeitverläufe.

A.: ist dass ein Einzelfall ?

Z.:Nein, eine sehr gründliche Studie¹² identifizierte technische Fehler verschiedenster Art bei der Durchführung von Kurztherapien. Der wichtigste unter ihnen war das Versagen, die Sitzungen zu strukturieren oder zu fokussieren. Aus der von Hans Strupp durchgeführten Studien zur zeitlich limitierten dynamischen Therapie haben wir auch überzeugende Belege dafür, dass schlechte Therapie-Verläufe sich in der Interaktion durch mehr passiv-abhängiges, vermeidendes Verhalten auf seiten der Patienten auszeichnen. Auf der Seite des Therapeuten demonstrierte der

¹⁰Bergin (1963)

¹¹Ricks (1974), s. Bergin et al. (1993)

¹²Sachs (1983)

Vanderbilt Studie vermehrtes "blaming and belittling", also kränkendes und entwertendes Verhalten¹³

A: Jetzt klingt es schon sehr nach einem Lotteriespiel auf beiden Seiten: die Möglichkeiten zur prognostischen Beurteilung sind anfangs gering, wie wir hörten, das heißt, der Therapeut weiß anfangs gar nicht recht, ob er oder sie die richtige ist, was auf sie oder ihn zukommt. Jetzt hören wir, daß auch der Patient nicht wissen kann, ob er einen Therapeuten gefunden hat, der mit seinen schweren Störungen überhaupt zurecht kommt.

Z.: Da ist schon etwas dran; nur unterstreicht das noch die Bedeutung der ersten klärenden Gespräche, in dem sowohl jeder der beiden potentiellen Partner seine eigenen Aufgaben zu erledigen hat als auch eine gemeinsame Linie entwickelt werden sollte. Dazu gehört, daß die Patientin sehr rasch das Gefühl haben sollte, an der richtigen Stelle zu sein -

A: was bei schwerer gestörten Patienten nun gerade anders als nahe liegt -

Z: dazu gehört, dass die Therapeutin oder der Therapeut ein Modell vor der Patientin und ihrer bzw seiner Therapie entwickelt, das den Gegebenheiten gerecht wird. Wenn die ersten Schritte zu einer guten Übereinstimmung führen, werden, dann steigen die Chancen selbst bei schweren Störungen.

A: dann hätten also jene Therapeuten doch recht, die sich ganz auf ihr Gespür verlassen und nur die oder den in Therapie nehmen, mit dem sie gut können? die schon beim ersten Telefonkontakt wissen: nein, mit der nicht ?

Z.: Diese Therapeuten überbewerten das subjektive Element und vernachlässigen die Arbeit an der Therapiekonzeption. Ich zweifle, ob sie damit besonders erfolgreich sind. Die unbefriedigendsten Ergebnisse habe ich gerade bei Patienten erzielt, bei denen der subjektive Faktor zu unreflektiert in die Therapie eingegangen ist.

A.: Kannst Du darüber Konkretes berichten?

Z.: Na ja, ich denke an eine Langzeittherapie mit hoher Frequenz bei einer Journalistin Ende Zwanzig. Sie berichtete im Erstinterview über eine recht erfolgreiche Laufbahn bei einem Zeitschriften-Verlag, obwohl sie keinen qualifizierteren Schulabschluß hatte. Jetzt allerdings hatte sie ihren Arbeitsplatz im Zuge von Verlags-internen Auseinandersetzungen verloren; sie hatte darüber hinaus die Beziehung zu einem Freund nach 10-jähriger Dauer abgebrochen, und sie hatte sich obendrein bei einem

¹³Henry et al. (1993).

Autounfall eine Schleudertrauma zugezogen, das vielfältige Beschwerden machte.

A.: da kam ja einiges zusammen !

Z.: Schon im Erstgespräch wurde mir deutlich, daß diese Beschwerden einer dissoziativen Symptomatik entsprachen; diese wurde aber von Internisten, Orthopäden und Neurologen mit allen möglichen organischen Krankheiten in Verbindung gebracht. Für eine hysterische Störung sprachen die Beziehungsprobleme: der Freund der Patientin war zugleich ihr Vorgesetzter gewesen.

A.: also stand der Verlust des Arbeitsplatzes im Zusammenhang mit dem Verlust der Beziehung !

Z.: In der Tat. Sie klagte über eine erhebliche Selbstunsicherheit im sexuellen wie im beruflichen Bereich. Ihre Kindheit in einem sehr pietistischen Elternhaus schilderte sie schlicht als trostlos.

A: mhm

Z: Ich ließ mich bei den Anfangsgesprächen von der Tüchtigkeit und der Tapferkeit dieser Patientin beeindruckt, und unerfahren, wie ich damals war, beeinflusste mich auch der spröde Charme, der mit viel Hilfsbedürftigkeit gepaart war.

A.: Das war also eine mißverstandene "subjektive Indikation" zur Therapie. In der Tat, Anfänger tun sich schwer, das subtile psychoanalytische Konzept der subjektiven an der langjährigen Erfahrung kontrollierten Bewertung der Eröffnungssituation zu handhaben - um so eifriger lesen sie die "Kunst des Erstinterviews" oder ähnliches - Autorinnen solcher Büchern sind natürlich nicht verantwortlich für diese raschen Identifikationsprozesse.

Z.: So ist es. Schon in den ersten Stunden dieser Therapie passierte mir aber ähnliches wie dem Therapeuten im ersten Beispiel: die Patientin fühlte sich durch meine Zurückhaltung in der Therapie sowie durch meine Deutungen enttäuscht und überfordert,

A: au wei

Z: und sie entwickelte in Reaktion darauf neue Verhaltensweisen: sie führte jetzt alle Beschwerden auf den damaligen Autounfall zurück und begann eine Reihe von Schadensersatzprozessen anzustrengen.

A.: Vermutlich ging es ihr unbewußt um das Gefühl, zu kurz gekommen zu sein, und diese Kränkung wollte sie ausgleichen.

Z.: Nur habe ich dieses Verhalten nicht als Reaktion auf eine angespannte Interaktion aufgreifen können; stattdessen war ich meinerseits enttäuscht von der Patientin. Diese Enttäuschung setzte ich zunehmend in konfrontierende Deutungen um, die die Patientin noch mehr in die Symptomatik hineintrrieben. Es lief genau so, wie es nicht hätte laufen dürfen.

A.: und was heißt das ; es lief genau so, wie...

Z.: Das Klima der Sitzungen war zunehmend geprägt von einer Atmosphäre gegenseitiger Vorwürfe. Erst später begriff ich, daß ich mit meinem interaktiven Verhalten Mitspieler in einer Übertragung geworden war: meine Enttäuschung an der Unfähigkeit der Patientin meine Hilfe anzunehmen entsprach genau diesem Element vorwurfsvoller Enttäuschung, welches die internalisierte Beziehung zur Mutter charakterisierte .

A.: Willst Du sagen: also doch ein Beispiel für die Tendenz der Patientin und aller Patienten, traumatische Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung zu wiederholen.

Z.: Aber kein Beispiel für die Behauptung, die Patienten wollten unbewußt diese Erfahrungen wiederholen. Diese Patientin wünschte sich bewußt und wohl auch unbewußt eine andere, eine gegenteilige Erfahrung. Erst das Mißlingen unserer Beziehung in der Anfangsphase hat die traumatische Erfahrung von früher aktiviert und peu à peu dazu beigetragen, daß sich eine chronifizierende negative Übertragung als Grundmuster herausgebildet hat.

A.: Also behauptest Du, dass auch diesem, im weiteren Verlauf sehr unglücklich sich entwickelnden casus, daß ein ausreichend glücklicher Beginn zu einem guten Ende geführt hätte?

Z.: Nein, das könnte ich so nicht sagen. Ein geglückter Beginn hätte lediglich die Chance offengehalten, daß der Wunsch nach einer positiven therapeutischen Erfahrung mit größerer Wahrscheinlichkeit in Erfüllung gegangen wäre als bei einem wenig geglückten Auftakt.

A.: Ihr hättet eine bessere Chance gehabt, mehr nicht. Psychotherapie hat mit dem wirklichen Leben verdammt viel Ähnlichkeiten, um mal eine richtige Platitüde von mir zu geben.

Z: Wir sprechen über Wahrscheinlichkeiten, wenn wir so richtig klug über technische Probleme reden. Wenn alles gut geht, können wir dazu beitragen, dass die Wahrscheinlichkeit für die Bewältigung anstehender Lebenskrisen größer wird und nicht durch Rückgriff auf unter-optimale Strategien unter-optimal gelöst wird.

A.: also zurück zu der Patientin, wie groß wäre die Chance gewesen?

Z.: Nun, inzwischen denke ich, sie war angesichts der Störung dieser Patientin nicht sehr groß. Wahrscheinlich wäre die Patientin irgendwann später aus einer konflikthafter Interaktion heraus abgeglitten in jene Attitüde von querulatorischer Attacke und verbittertem Vorwurf, die mich zur Verzweiflung gebracht hat.

A.: Das klingt jetzt verdammt doch so, als ob das Scheitern nachträglich durch die Pathologie der Patientin gerechtfertigt würde.

Z.: Ja sicher, das ist bei allen nachträglichen Aufarbeitungen eine Gefahr, zumal wir als Therapeuten genau wie andere Menschen das Bedürfnis haben, unser Versagen zu rechtfertigen.

A.: also wären wir gut beraten, diese Begründungen unabhängigen Dritten zu überlassen

Z.: Nun ja, mein Pessimismus stammt aus zwei Quellen. Zum einen rührt er aus meiner eigenen klinischen Erfahrung: auch als ich mit Hilfe von viel Supervision meine Art der Beteiligung erkannt hatte und mich umzustellen bemühte, ließ sich die negativistisch-vorwurfsvolle Grundhaltung der Patientin nicht mehr verändern.

A: Da hatte sie Dich längst in der Zange

Z: Zwar fühlte sie sich von mir mehr akzeptiert und ernst genommen; sie zeigte mir aber immer wieder aufs neue, daß die Therapie nutzlos wäre und daß nichts ihr helfen konnte. Obwohl sie - im Sinne ihrer Lebensziele - sogar während der Therapie geheiratet hat und Mutter geworden ist, waren auch diese Ereignisse letztlich nur neue Beweise für mein universelles Versagen als Therapeut.

A.: Nuh ja, um unser psychoanalytischen Wissen über unbewusste Abläufe zu nutzen - schließlich hast Du sie nicht geheiratet, und ihr ein Kind gemacht !

Z: Ich frage mich manchmal, gibt es ein Recht auf seine je eigene Überzeugung in Rilke'scher Manier, auch wenn das Leben dann unglücklich verläuft oder sind wir nach wie vor gehalten, theoretisch und

praktisch, mit alternativen Therapie-Ansätzen - wie es Klaus Grawe vorschlägt - das Glück der Patientin erneut zu suchen, und wie oft dann.

A: Wir sehen an unserer Ulmer Ambulanz, je größer das Therapieangebot wird, eine wachsende Zahl von Repetatur-Patienten - um jenes Balint- sche Konzept auch auf die Verschreibung von Psychotherapie anzuwenden, und ich bin mir nicht sehr sicher, ob die wachsende Zahl von Therapieversuchen weniger Patienten zu rechtfertigen ist.

Z: Die Schwierigkeit ist ja wohl, daß eingespielte Interaktionsmuster ihre schrecklich negative Gültigkeit behalten, selbst wenn einer der Beteiligten daraus auszusteigen versucht. Es könnte sein, daß alle Supervision nicht mehr helfen kann.

A: Das Konzept 'Sicherheit' vor 'Befriedigung' erklärt theoretisch die Stabilität von negativen Beziehungserfahrungen, in dem Sinne: geschieht meiner Mutter grad recht, wenn es mich an die Hand friert; weit besser als dies das Freud'sche Todestrieb zu leisten vermag, stellt der Identitätswiderstand¹⁴ die Quelle für solche leidvollen Situationen dar.

Z.: Stimmt. Es spricht auch vieles dafür, daß auch ich immer wieder von den alten Mustern eingefangen wurde. Aber es gibt noch einen anderen Grund für meinen Pessimismus: in diesem Fall gibt es eine Katamnese von über 10 Jahren nach Therapieende. Vor kurzem sprach mich eine Kollegin auf die Patientin an, weil diese erneut um therapeutische Hilfe gebeten hatte. So kam ich indirekt zu einer Katamnese, wenn auch zu einer traurigen.

A.: Besser die traurige Wahrheit als keine !

H.:Ich erfuhr, daß die Patientin noch zweimal eine Psychotherapie, darunter eine behavioraler und eine psychodynamischer Natur wohlgemerkt mit zwei Therapeutinnen gemacht hatte, und daß die Patientin pauschal alle vergangenen Psychotherapien als erfolglos und insuffizient bezeichnete. Auch meine Kolleginnen fanden sich ganz schnell in fast der gleichen Position wieder, in der ich mich seinerzeit befunden habe. Es muß bei der Patientin schon eine sehr starke Tendenz zum Vorwurf und zu destruktiven Formen von Beziehung geben.

A.: Also muß man hier doch von einem hoffnungslosen Fall reden?

Z.: Man muß nun von einer fragwürdigen weiteren Prognose ausgehen, die natürlich nach jedem gescheiterten Therapieversuch noch fragwürdiger wird. Aber keine Therapie ist von vornherein ganz aussichtslos.

¹⁴Thomä & Kächele (1985)

A.: Was müßte denn ein Therapeut in so einem Fall tun, um doch noch halbwegs erfolgreich zu sein?

Z.: Ich weiß nicht, wie die Situation sich heute darstellen würde; ich weiß nur, wie sie sich damals dargestellt hat, und wo meine Fehler lagen. Dabei war die mißglückte Interaktion am Anfang nur ein Teil des Problems. Entscheidend war wohl eine Konzeption von der Patientin, die allzu stark von subjektiver Sympathie diktiert war. Deshalb war meine Enttäuschung wohl unvermeidlich; ich hätte sie bestenfalls besser verstecken können.

A.: Das sagt sich auch leichter als es getan ist !

Z. Wahrscheinlich hat die Patientin sich selbst und mir etwas vormachen können, was ihre Fähigkeiten und Erfolge anbelangte. Die beruflichen Erfolge beruhten mehr auf der privaten Verbindung zum Chef als auf eigener Leistung; die Ablösung von den Eltern war nicht wirklich vollzogen, und die Fähigkeit für engere partnerschaftliche Beziehungen waren stark begrenzt.

A.: und das hätte man im Vornhinein sehen können ?

Z.:Die Patientin hatte wohl gehofft, durch Psychotherapie diese eigenen Schwierigkeiten besser überspielen zu können. Die therapeutische Arbeit hätte aber dort ansetzen müssen, wo die Vergeblichkeit ihrer Hoffnungen offensichtlich wurde. Diese bitteren Erkenntnisse hätten am Anfang der Therapie stehen müssen und die Basis für die künftige Arbeit abgeben müssen.

A.: das verweist doch auf die überragende Bedeutung einer klaren Therapiekonzeption als Basis der Therapie. So sehr wir uns Therapie als Spiel wünschen, - wo das Zusammenspiel spielerisch bleibt - die Spielmetapher hat auch ihre Grenzen, dort wo das Spiel blutiger Ernst wird.

Z.: Ist nur nun ein Kritik am Tagungsthema?

A.: Wenn das Spiel um seiner selbst willen gespielt werden soll, dann scheint mir manchmal, dass wir unser Konzept von Therapie idealisieren. Für die Mehrzahl der Patienten dürfte diese Metapher wenig Einladungscharakter haben -

Z.: Das sehe ich auch so; wir verwechseln manchmal diese Selbsterfahrungswelten, die deshalb auch als < Spiele für Erwachsene > zählen, mit den klinischen Erfahrungen, mit denen unsere schwerer gestörten Patienten ringen.

A.: Lieber Freund und Kollege, wir gehören offensichtlich zu der schwerblütigen Sorte, denn wir teilen die Ansicht, dass die Kunst zwar heiter sein möge, und Psychotherapie als Spiel ab und zu heiter sein darf.

Z: Die technischen und theoretischen Probleme, vor die uns manche Patientinnen und Patienten stellen, eignen sich weniger gut zum Konzept des Spiels.

A: Vielleicht tut sich manche, die gerne spielen, auch deshalb ein bisschen schwer mit der ernstesten Wissenschaft ?.

Z: Vergleichen wir den wissenschaftlichen Aufwand, mit der für die Behandlung von hämatologischen Systemerkrankungen - zB Leukämien - die Methode der Knochenmarktransplantation entwickelt wurde, - nach zehnjähriger Kooperation mit Hämatologen darf ich das sagen - mit unseren Bemühungen um das theoretische und praktische Verständnis der Behandlungen schwerer Störungen, die notorisch Schwierigkeiten des Zusammenspiels auslösen, dann haben wir noch viel Arbeit vor uns.

A: Das Zusammenspiel hat m.E. weitaus mehr Technizität als das darin enthaltene Spielmetapher uns glauben macht.

Z: Die Biologie stellt das Überleben der Spezies auch nicht auf das Spiel, sondern auf das Zusammenspiel von Mutter und Kind ab. So beruht auch das therapeutische Zusammenspiel auf der Wunsch der Patientin nach Veränderung, Beeinflussung, Einsicht und was auch immer und auf der Grundlage von klinischen Wissen und von persönlicher klinischer Erfahrung, die der Therapeut als Ausdruck seiner Professionalität mitbringt.

A: Das Zusammenspiel kann mißglücken aus einer Vielfalt von Gründen. Der Wunsch der Patientin kann sich als nicht erfüllbar erweisen

Z: und der Therapeut kann der Patientin seine Sichtweise nicht aufzwingen.

A: als der Klügere wird er im Zweifelsfall schon nachgeben müssen, was bleibt ihm auch anderes übrig. Als der Klügere darf er aber auch die Richtung des ganzen Unternehmens nicht aus dem Auge verlieren, sonst irrt er genauso im Dickicht herum wie seine Patientin.

Z: Fazit ? Psychotherapie hängt also an der Bereitschaft zum Zusammenspiel, manchmal darf es ein Spiel werden, manchmal ist es schwere, wirklich sehr schwere Arbeit für beide

A.: Einverstanden

Literatur

- Anchin JC, Kiesler DJ (Hrsg) (1982) Handbook of interpersonal psychotherapy. Pergamon Press, New York
- Bergin A (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *J Counsel Psychol* 10: 244-250
- Drigalski D von (1979) Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Ullstein, Frankfurt am Main Berlin Wien
- Frank JD (1973) Persuasion and healing. Johns Hopkins University Press; dt Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung; vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart, Klett-Cotta 1981, Baltimore
- Freud S (1905) Bruchstück einer Hysterieanalyse. GW Bd 5, S.161-286,
- Gill M.M., Hoffman I.Z. (1982b) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc.* 30:137-167
- Grawe K (1984) Misserfolg in der Psychotherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Verhaltensmodifikation* 3: 219-234.
- Grawe K (1992) Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf J, Bregelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie, Gerhard Röttger., München , S 215-244
- Henry W, Strupp H, Schacht T, Binder J, Butler S (1993) The effects of training in time-limited, dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *J Consult Clin Psychol* 61: in press @
- Herold R (1995) Beziehungserfragung in Psychoanalysen. Psychol. Dissertation, Universität Tübingen
- Hohage R, Kächele H (1986) Emotionale Erfahrung und Übertragung - zur Bedeutung von veränderungs - relevanten Mikroereignissen. unveröff. Manuskript
- Hohage R., Kübler C. (1987) Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse. *Z Psychosom Med Psychoanal.* 33:145-154
- Luborsky L (1988a) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Sachs J (1983) Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *J Consult Clin Psychology* 51: 557-564
- Strupp HH (1982) Psychoanalytic failure. Reflections on an autobiographical account. *Contemp Psychoanal* 18: 235-258
- Thomä H., Kächele H. (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Theorie. Springer, Berlin
- Thomä H., Kächele H. (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 2: Praxis. Springer, Berlin

