

PSYCHO-NEWS - LETTER NR. 23

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag der DGPT

von

Michael B. Buchholz

email : buchholz.mbb@t-online.de

Mitte August 2004

DER THERAPEUT IN DER ARBEIT - BEOBACHTET

Nein, es geht bei diesem Thema nicht darum, die Therapeuten in die Therapie zu schicken. „Und wer therapiert die Therapeuten?“ hatte **Eva Jaeggi** (2001) im Titel eines für ihre wissenschaftliche Prosa preisgekrönten Buches (Klett-Cotta) gefragt und die Tücken unseres Berufes beschrieben, der uns zwischen Allmachtsphantasie und Depression, Rettungsphantasie und tiefer Resignation, Idealisierung unseres Privatlebens, ja unserer Privatperson und Burnout schwanken und oszillieren lässt. Das gelegentlich Heillose an diesen Gegensätzen führt manche dann in die Fallen des Machtmissbrauchs, andere wechseln in eine schillernde Esoterik, wieder andere plagen sich mit schweren Zweifeln an Sinn oder Unsinn ihres beruflichen Alltags. Schon 1993 war ein bemerkenswertes kleines Buch von **Jeffrey A. Kottler** erschienen mit dem Titel „On being a therapist“. Wie auch **Jaeggi** listet er solche polaren Extreme auf, zwischen denen wir uns täglich hin und her schwanken lassen, aber er stellt auch andere Fragen, z.B. danach, wie Therapeut und Patient *einander* verändern und beeinflussen – das ist durchaus eine relevante und interessante Frage. Seine Beschreibung von „patients who test our patience“ lässt praktische Erfahrung erkennen: ignoriert werden von uns Therapeuten nicht unbewusste, sondern durchaus bewusste Einstellungen gegenüber unseren Patienten. Die Skala reicht von Ablehnung bestimmter weltanschaulicher Haltungen bis zur Verleugnung sexueller Attraktivität; von fehlender Exploration der „hidden agendas“ wie Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und drohender Entlassung bis zu jenen, die ihre Verantwortlichkeiten leugnen und alles den Umständen oder anderen schwierigen Menschen zuschreiben; und es gibt jene, die Intimität leugnen, indem sie entweder sogleich den Therapeuten verführen müssen oder sich vollkommen vermeidend verhalten und weiter jene, die Dinge fordern, die man in einer Therapie nicht bekommen kann, während sie gleichzeitig das nicht geben können, was die Therapie braucht: etwas Introspektion, Mitteilung über eigene Zustände, Selbstreflexion.

Dies alles macht uns erhebliche Schwierigkeiten, dies alles berührt nicht nur unbewusste „Komplexe“, die durch „mehr Therapie (des Therapeuten)“ geklärt werden könnten; **Kottlers** interessanter Punkt ist, daß Therapeuten meist in der Lage sind, diese Schwierigkeiten bewußt wahrzunehmen und zu artikulieren. Aber wir wissen manchmal nicht, wie wir uns a) dazu emotional einstellen oder b) behandlungstechnisch dazu verhalten könnten.

Als Gegenmittel gegen all diese Beschwerden bietet sich die Supervision an und so begeben sich auch erfahrene Therapeuten oft in kollegiale Supervisionen, die manchmal weiterhelfen. Bemerkenswert ist nun, wenn empirische Psychotherapieforscher sich der Frage annehmen, was in psychotherapeutischen Supervisionen geschieht. Die etwas moralischen Anklänge von **Jaeggis** Buchtitelfrage werden dann gewissermaßen auf das empirisch Beobachtbare herunter ernüchtert und das heißt im Fall der Supervision: Beobachtet wird auch, was in Supervisionen *nicht* geschieht.

KRITISCHE EREIGNISSE

Das erste Heft des Jahres 2004 der Zeitschrift „Psychotherapy Research“ eröffnet **Nicholas Ladany** von der Lehigh University mit einem „Early Career Award Paper“, dessen Einleitungssätze ein Paukenschlag sind:

“My journey and passion for psychotherapy research stems largely from personal experiences. Moreover, in most instances, the experiences that intrigued and motivated me were those that were the most unpleasant. From the beginning of my psychotherapy training, I was struck by how fabulous incompetent were those who were deemed ‘supervisors.’”

Der Schock sitzt, weil manche vergleichbare Erfahrungen kennen, aber vielleicht nie zu denken wagten. **Ladany** mildert den Eindruck der Überheblichkeit sofort freilich im nächsten Satz:

“It was not until I received the title of supervisor myself that I learned how fabulously incompetent I could be. So, with the parameters set, my venture into psychotherapy supervision has been fueled by a desire to create supervision conditions that were optimally effective. In larger part, my journey has taken me to the darker side of supervision, that is, learning how supervision can be most effective through the discovery of what is ineffective”.

Was also sollte ein Supervisor tun? Was sind einige der falschesten Dinge, die er tun könnte? Welche Geheimnisse bewahren Supervisor und Supervisand voneinander? Und: „What about sex?“ – In dieser erfrischenden Offenheit stellt er die Fragen seines Forschungsprogramms vor und man sieht gleich, seine Fragen sind nicht weit von denen **Kottlers** entfernt. Wohltuend auch, wie **Ladany** die Differenzen zwischen qualitativer und quantitativer Forschung einbettet: „To me, the qualitative-quantitative debate for supremacy is analogous to being

asked: ‚Which is a better mode of transportation: a car or a boat?’”

Sein von manchen negativen Erfahrungen inspiriertes Forschungsinteresse läßt ihn nun die SV-Forschung sichten und auch hier kommt er zu keinem positiven Urteil: es gibt wenig und was es gibt, ist meist schlecht. Eine kleine Umfrage belehrt ihn, daß eines der negativsten Dinge, die Supervisoren tun, ist, zu fragen: „What is it about you that is having difficulty with...“ und zwar genau dann, wenn jemand ein Problem mit seinem Patienten in die SV brachte. Die Betonung liegt hier auf dem „you“ und ich empfinde es als wohltuend, wenn diese problematischen Erfahrungen aus Supervisionen endlich auch Thema in unserer Literatur werden. **Gisela Zeller-Steinbrich** aus Basel berichtet in einem schönen Aufsatz über „Intersubjective phenomena“ während der Analyse, der in einem Band „The Therapist at Work“ (hg. von **Dimitris Anastasopoulos** und **Evangelos Papanicolaou** bei Karnac, London 2004) erschienen ist, gleichlautendes:

“During my psychoanalytic training, I experienced something that remained firmly imprinted on my mind right up to this present day. One of my supervising analysts commented on a case study about a therapy for an adolescent, which I had presented emotionally modulated, with the words, ‘You are highly involved’. I was angry at the critical undertone of these words, and summoned up the courage to reply, ‘One is always involved, it’s just a matter of what one makes of this involvement’”. (S. 63 f.)

Die Zuschreibung behandlungstechnischer Schwierigkeiten, die Anfänger ja nun mal haben und deretwegen sie zur Supervision kommen, an die defekte oder unvollständig analysierte restneurotische Persönlichkeit fördert nicht den Wunsch, als Therapeut zu

reifen und dabei Förderung zu erhalten. Es gibt dunkle Seiten in der Supervision. Der Mythos, dass alle Schwierigkeiten aus ungenügender Analysiertheit entstammen gehört dazu, er fördert die Selbstmystifizierung des Supervisors und die Inkompetenzgefühle des Anfängers.

Bordin hatte ein Modell entwickelt, wonach die SV-Arbeitsbeziehung aus drei Komponenten besteht: a) Übereinstimmung über die Ziele, b) Übereinstimmung über Aufgaben der Supervision und c) ein „emotional bond“ zwischen Supervisor und Supervisand. „Self-report measures“ ergeben nun, daß eine starke Arbeitsbeziehung zustande kommt, wenn der Supervisor dem Aufbau und der Aufrechterhaltung dieser Arbeitsbeziehung seine Aufmerksamkeit widmet. Das bedeutet vor allem, den feineren Kontaktabbrüchen und „ruptures“ nachzugehen und sie für die Arbeit, das Verstehen dessen, was in der supervidierten Therapie vor sich geht, zu nutzen. Nun, was ist mit der zweiten Frage, der nach den fal-

schen Dingen, die ein Supervisor nicht tun sollte? Die von **Ladany** bei Supervisanden durchgeführte Umfrage zeigte, daß die „supervision ethics“ an oberster Stelle stehen. 51% der Supervisanden berichten, daß ihre Supervisoren ethische Grundlinien überschreiten. Dies betrifft eine Evaluation der Therapiedurchführung, die Fähigkeit mit alternativen theoretischen Ansätzen zu arbeiten, die Orientierung an professionellen Rollen, multikulturelle Sensibilität gegenüber Supervisand und Patient, finanzielle und erotisch-sexuelle Fragen und den Umgang mit der Vertraulichkeit. Schaden richtet an, wenn der Supervisor die Evaluationskriterien nicht offen legt oder sie verdeckt und „falsch“ handhabt. Und übel wirken sich implizite Wertungen aus, etwa Aufforderungen, eine „erwachsene“ Einstellung zu zeigen. Klar erkennbar, nicht aber leicht zu erwidern sind rassistische, sexistische oder homophobe Voreinstellungen, von denen Supervisanden reichhaltig berichten.

BEWUßTE EINSTELLUNGSUNTERSCHIEDE BEACHTEN

Der Autor entwirft nun ein einfaches Modell zur Klärung der Schwierigkeiten, das sich charakteristischerweise auf die *bewussten* Einstellungen bezieht, insofern also **Kottler** folgt. Es sind diese bewussten Einstellungen, aus denen ein nicht geringer Teil der problematischen Supervisionserfahrungen resultiert, auch in Supervisionen begegnen sich Menschen aus zwei grundsätzlich unterscheidbaren Gruppierungen: „Social oppressed groups“ (SOP – Frauen, Farbige, sexuell anders Orientierte, Arme) und „social privileged groups“ (SPG – Weiße, Heterosexuelle, Europäischer Abstammung, körperlich gesund, Mittelklasse und darüber). Das ist die amerikanische Situation, gewiß – aber es ist leicht, den Grundgedanken auch auf europäische Verhältnisse zu übertragen. Einzelne Personen können hinsichtlich jedes Merkmals zu der einen oder zu der anderen Gruppe gehören – weiß, aber arm beispielsweise. Menschen unterscheiden sich nun hinsichtlich der *Wahrnehmung* der entsprechenden Differenzen. Man kann eine auf-

steigende Ordnung der Auseinandersetzungsfähigkeit beschreiben. Sie beginnt mit einer Haltung, die hier als Apathie bezeichnet wird, sich von Differenzwahrnehmung irritieren lässt, diese Differenzen dann exploriert und sie schließlich nicht mehr leugnet, sondern sich für deren Bearbeitung engagiert:

- Apathie – die Differenzen werden verleugnet („ich bin farbenblind – sobald es um Rassenfragen geht“; in unseren ps. Welten entspräche dem vielleicht die Einstellung: bewusste Meinungen könne man ignorieren, im Unbewußten sind wir alle gleich)
- Inkongruenz – Frauen lernen mühsam über Einkommensunterschiede (Was, selbst mit nur drei Stunden pro Woche kann man therapeutische Erfolge erzielen?)
- Exploration – neugieriges Interesse, worin der Unterschied zwischen SPG und SOG besteht (Interessant - wie

hast Du das gemacht, mit nur drei Stunden pro Woche?)

- Integration – Anerkennung der Differenzen, die eigene Privilegierung nutzen, um für mehr Gleichheit zu sorgen etc. (Vielleicht liegen die Unterschiede nicht in unseren Glaubensüberzeugungen, sondern in persönlichem Können? Versuchen wir, voneinander zu lernen...)

Natürlich können Menschen sich hinsichtlich verschiedener Merkmale an verschiedenen „Orten“ auf dieser Achse befinden. Ein Weißer kann etwa die Privilegien der Weißen begreifen, aber hinsichtlich der Homophobie noch ziemlich „zurück“ sein – ein Supervisor kann hinsichtlich der Anerkennung von Homosexuellen als potentiellen Analytikern liberal eingestellt sein, aber dennoch finden, richtige Analyse können nur Ärzte (oder nur Psychologen) machen. Das eben bestimmt dann auch die Interaktion in der Supervision: Supervisand und Supervisor können „parallel“, „parallel-fortgeschritten“, „parallel-verzögert“ oder „regressiv“ sein – und je weiter sich die Interaktion auf diesen letzten Punkt zu bewegt, um so höher ist die Chance zu Selbstwertverletzungen. Denn öfter scheint es so zu sein, daß die Abhängigkeitsbeziehung in der Supervision dazu führt, daß solche Differenzen eingeebnet und nicht diskutiert werden mit der Folge, daß die Beteiligten „unterhalb ihres Niveaus“, also regressiv sich einstellen.

Das berührt auch die letzte Frage, „What about Sex?“. Nun, die Befragungen ergeben, daß die Beteiligten nicht nur erhebliche Geheimnisse voneinander haben – selbst so offensichtliche Dinge wie die Schwanger-

schaft einer Supervisandin werden nicht angesprochen; gegenseitige Sympathie, erst recht aber erotische Anziehung bleiben tabuisiert; noch mehr aber, wenn ein Supervisand sich zu einem Patienten hingezogen fühlt; auf seiten der Supervisoren betrifft das Schweigen solche Beobachtungen wie die über den Reichtum eines Supervisanden („Wie kann er sich diese tollen Klamotten leisten?“); Kritik an dessen Kompetenz und viele andere Bereiche. Sexualität aber scheint insgesamt zu den bestgehüteten Geheimnissen der SV zu gehören. Selbst die Behandlungstechnik doch fraglos wichtigen Erfahrungen der Liebe einer Patientin zum Therapeuten (oder umgekehrt), die keinen Therapeuten kalt lässt, werden zu oft in den Supervisionen nicht angesprochen.

Alle diese Dinge sind durch Befragungen bei Supervisoren und Supervisanden ermittelt, deren technische Details ich hier weglassen; teilweise bezieht sich der Autor auch auf weitverstreute, an anderer Stelle publizierte eigene Aufsätze, die Interessierte ja nachlesen können.

Folgende Verbesserungsvorschläge werden abschließend gemacht:

1. Man habe Mut, unkonventionelle Supervisionsmethoden zu erproben
2. Man überlasse die Evaluation der Kompetenz und des Fortschritts eines Supervisanden einer dritten Seite
3. Man biete Kurse zur Ausbildung von Supervisoren an
4. Man widme seine Aufmerksamkeit den durch SV entstandenen seelischen Verletzungen und ignoriere das nicht länger.

GEGENÜBERTRAGUNG ODER WAS?

Im gleichen Heft von „Psychotherapy Research“ erscheint nun ein zweites „Early Career Award Paper“ von **Jeffrey A. Hayes** über die innere Welt des Therapeuten und entfaltet ein Forschungsprogramm zur Untersuchung der Gegenübertragung. Man kann also weder sagen, die Forschung widme sich irrelevanten Fragen noch kann man sagen, psychoanalytische Themen kämen nicht vor – im Gegenteil! **Hayes** gibt einen

knappen, kenntnisreichen Überblick über die bekannten Positionen: es gibt

- eine klassische (Man vermeide und „halte nieder“!),
- eine breite (alle emotionalen Reaktionen des Therapeuten),
- eine totale (was der Therapeut fühlt, ist das Abgespaltene seines Patienten) und

- eine integrative (emotionale Reaktionen deuten ungelöste Konflikte des Therapeuten an)

Konzeption der Gegenübertragung. Aber alle haben den großen Mangel, daß sie nicht angeben können, wie man sie voneinander unterscheidet. **Hayes** schlägt deshalb einfach vor, Gegenübertragung als ein transtheoretisches Konstrukt aufzufassen:

“That is, all therapists experience countertransference whether or not they name it as such or devote much consideration to it in their work ... Therapists of all theoretical persuasions, by virtue of their humanity, have unresolved personal conflicts; try though we might, no professional credentials or experience shield us from the human condition”.

Am sinnvollsten scheine es, GÜ als ein Vermeidungsverhalten des Therapeuten aufzufassen, das sich auf verschiedene Themen oder Objekte beziehen kann, sich auf die subjektive Wahrnehmung des Therapeuten bezieht, von Angst (und deren Abwehr) begleitet ist und an dem sich behaviorale und affektive Aspekte ebenso unterscheiden lassen wie solche der kognitiven Kompetenz. Was tun Therapeuten bei Gegenübertragungsschwierigkeiten?

- Sie helfen sich mit (Selbst-) *Empathie*;
- sie versuchen *Einsicht in eigene Schwierigkeiten* zu erlangen;
- sie erweitern ihre *konzeptuell-begrifflich-theoretischen Kompetenzen*;
- ihr Ziel dabei ist eine bessere *Selbstintegration* und
- ein verbessertes *Angstmanagement*

Und so hat man somit 5 Faktoren, die man nun operationalisieren und in einen Fragebogen, den „Countertransference Factors Inventory“ (CFI) einbauen kann. Wenn dessen Validität und Reliabilität dann geklärt sind, kann man raus „ins Feld“ und den Zusammenhang zwischen GÜ und Behandlungsergebnis ermitteln. Dann findet man, daß solche Therapeuten, die von ihren Supervisoren als empathischer beurteilt worden waren, zwar weniger GÜ-Reaktionen zeigen, insgesamt aber gilt:

“However, countertransference behavior itself was unrelated to outcome in the majority of cases. Only when outcome was poor was coun-

tertransference predictive of outcome and then strongly so. It could be that when the therapist and client have developed a strong working alliance, as tends to be the case in successful therapy, the relationship can withstand infrequent or minor displays of countertransference so that outcome is not adversely affected.” (S. 28)

Nun, bevor man nun aufschreit, muß man bedenken, daß GÜ hier als „Vermeidung“ von eigener Angst v.a. definiert wird und das teilt sich klarerweise einem Patienten mit. Daß eine gute Arbeitsbeziehung so etwas, wenn es gelegentlich auftritt, aushält, ist so überraschend nicht.

Hayes stellt richtig fest, daß eine die Befunde zu integrierende Theorie im Grunde fehlt und er macht einen eigenen Vorschlag. GÜ besteht aus

- „Origins“ (ungeklärte Konfliktbereiche des Therapeuten)
- „triggers“ (die Ereignisse in der Therapie, die den Konflikt des Therapeuten berühren)
- „manifestations“ (die behavioralen, kognitiv-affektiven und viszeralen Reaktionen des Therapeuten)
- „effects“ (die Auswirkungen auf den therapeutischen Prozeß)
- „management“ der GÜ (mit dem Ziel, die negativen Wirkungen zu minimieren).

Befragt wurden nun 8 erfahrene Therapeuten nach einzelnen Sitzungen, es entstanden 127 Interviews. Ursprünge der GÜ waren regelmäßig ungelöste Familienkonflikte des Therapeuten, die von Äußerungen eines Patienten ausgelöst waren. Die therapeutischen Reaktionen („manifestations“) konnten danach sortiert werden, ob sie entweder eine größere Annäherung oder eine Vermeidung in der Therapiesitzung nach sich zogen und welche ggf. negativen Gefühle der Therapeut nicht bewältigen konnte. Die Therapeuten gaben an, in 80 % der Sitzungen, GÜ-Reaktionen zu erleben.

Bemerkenswert finde ich, daß **Jeffrey A. Hayes** nun ein abschließendes Kapitel folgen läßt, daß er „Revisiting the Concept of the Wounded Healer“ überschreibt. Das nimmt bezug auf den griechischen Mythos des Zentaurs namens **Chiron**, der die mit einem vergifteten Speer zugefügte Wunde

bei anderen, nicht aber bei sich selbst zu heilen vermochte. Von seinem Namen leitet sich die Chirurgie her, ein Berufsbild, das sich Psychoanalytiker nach Freuds bekanntem Wort ja zum Vorbild nehmen sollen. Tatsächlich wird es wohl so sein, daß ein unverwundeter, also „heiler“ oder „gesunder“ Therapeut nicht verstünde, wovon sein Patient redet. Auf der anderen Seite könnte seine eigene Wunde sein Verständnis gerade gefährden. **Hayes** schlägt vor, GÜ als „therapist reactions that stem from areas of personal conflict within the therapist“ zu definieren – aber mir stellt sich sogleich die Ge-

genfrage: Nennt man das dann nicht einfach Übertragung? Statt hier nun scholastische Differenzierungen anzufügen, macht **Hayes** den schönen Vorschlag, empirisch zu studieren, wie Therapeuten ihre eigene Verwundung in ihrer Arbeit mit ihren Patienten nutzen – mich befriedigt dabei, daß ein solcher Vorschlag von einem technologischen Verständnis des therapeutischen Prozesses endlich wegführt und mich befriedigt auch, daß ein 2000 Jahre altes Thema in diesem Zusammenhang jetzt auch empirisch untersucht werden könnte.

THERAPEUTEN IN DER SITZUNG BERICHTEN AUS DER SITZUNG

Das genannte kleine Buch „The Therapist at Work“ gibt die Vorträge der EFPP-Tagung des Jahres 2000 auf Zypern wieder. Beachtlich, daß hier die gleichen Themen wie in den genannten empirischen Aufsätzen aufgesucht werden, die Akzentsetzungen sind nicht einmal so sehr verschieden, sondern eher die Differenzierungen und zusätzlichen Beschreibungen der „Systemkomplexität“ dessen, was Psychotherapeuten tun und können müssen. Ein kluger Aufsatz von **Joachim Küchenhoff** befasst sich mit der „klinischen Theorie“ des Therapeuten, einem Thema also, das uns von **Joseph Sandler** schon einmal nahe gebracht worden war. **Küchenhoff** unterscheidet zwischen vier Dimensionen von „Theorie“: Die allgemeine „Weltanschauung“ des Therapeuten, der allgemeine „approach“ zum Leben und zur Therapie („ideological background“), die Metapsychologie und schließlich das mehr vorbewusste Theoretisieren während der Sitzung. Auf jeder Ebene, davon zeigt er sich überzeugt, ist es jeweils die Theorie, die die Daten produziert und so schließt er sich einer konstruktivistischen Grundüberzeugung an, die unvermeidlich in einen psychoanalytischen Pluralismus münden muß. Das ist erfreulich, weil damit das fatale Einheitsstreben endlich aufgegeben werden könnte, das bekanntlich dazu führte, daß manche sich im Besitz der Wahrheiten wähnen, die sie anderen aufdrängen müssen. Pluralismus – das heißt in meinem Verständnis, das man

ein älteres Modell von Evolution aufgibt,

Auch **Stephen D. Purcell** wendet sich dem Thema „The analyst's theory: A third source of countertransference“ im Int. J. Psychoanal. (Juni 2004) zu. Ähnlich wie **Küchenhoff** vermag er neue Aspekte daran zu entdecken, indem er feststellt, die Theorie, der ein Analytiker folgt, könne ein Hindernis in der Bearbeitung der eigenen Gegenübertragung sein. Die Theorie könnte sogar eine Quelle negativer GÜ werden: „As an illustration of this process, I propose that clinical theories that place value on mature interpersonal behaviors and psychological abilities predispose some analytic couples to the distracting influence of theory-driven positive countertransference, which obscure the defensive avoidance by the pair of more primitive psychic countertransference“, schreibt **Purcell**. Theorien bauen Erwartungen auf. Er geht dann dazu über, die Rolle der Theorie insbesondere am Beispiel narzisstischer Widerstände, die um Phantasien von Allmacht und Größe kreisen, darzustellen. Interessant ist, daß er hier beschreibt, „that narzisstic resistances can only be sustained when they are established, not autonomously by the subject, but interactively with the object“ – mit einem Wort, der Analytiker ist kollusiv daran beteiligt. Das unterstreicht nur noch einmal die entscheidende Rolle seiner Teilhabe: durch Methode, Theorie, Persönlichkeit.

das nämlich so tut, als würden sich die Dinge auf „die“ Wahrheit hin entwickeln. Das ist, als würde man in der Entwicklung der Arten meinen, es gäbe letztlich nur eine Gattung, die überlebensberechtigt sei und alle anderen seien quasi nur Irrtümer. Falsch, würde ein Pluralist hier sagen, es kommt gerade auf die Vielfalt und auf den Erhalt

der Vielfalt an. Pluralismus ist also eigentlich ein ökologisches Argument in unserem Feld, das wir mit Sympathie aufnehmen könnten. Aber, so gleich der Gegeneinwand, ist denn da nicht Beliebigkeit überall dann im Spiel? **Küchenhoff** begegnet diesem naheliegenden Einwand mit einer raffinierten Wendung.

Er fordert nämlich, der Pluralismus – also das Recht des einzelnen Therapeuten, seinen theoretischen Stil zu pflegen – müsse durch Dekonstruktion ergänzt werden. Denn es könne ja sein, daß auch die Bevorzugung einer bestimmten Theorie eine Gegenübertragung ist! Das ist ein vollkommen überzeugender Gedanke. Theorie determiniert also nicht nur die Wahrnehmung und die „Daten“, es könnte sehr gut so sein, daß die affektive Interaktion die Wahl einer Theorie „nahe legt“, also unbewußt determiniert.

“If theory formation is regarded as a conscious activity that has an undercurrent of unconscious libidinal encounter, theory itself is questioned psychoanalytically. As this again is a theory, it can be applied against itself: the very concept of unconscious motives underlying theories is a theory built on unconscious motives”. (S. 11).

Die Erfahrung gibt **Küchenhoff** fraglos recht. Jeder kennt kasuistische Präsentationen, in denen jemand einer Theorie folgt, von der man als Zuhörer den Eindruck hat, eine andere Theorie wäre ebenso möglich gewesen, nein, die Wahl einer Theorie ist determiniert, sie dient der eigenen Entlastung oder Rechtfertigung, sie dient dazu, die Übereinstimmung mit dem psychoanalytischen „common sense“ zu dokumentieren oder sie lastet einseitig dem Patienten an, was Produkt der gemeinsamen Begegnung ist. **Jonathan Lear** formuliert in seinem Buch „The therapeutic action. An earnest plea for irony“ einen verwandten Gedanken:

"There is reason to think that being ignorant of the h o w is the disease of the current psychoanalytic profession. For it seems that the profession has lost a sense of how to absorb theory in its clinical practice. ... The problem ist that even if you do need psychoanalytic experience to understand the theory, it is also true that if you don't understand theory you can't really under-

stand the experience you think you are having". (**Lear** 2003, S. 16-17)

Dekonstruktion meint dann die Fähigkeit des Therapeuten, immer mehr und mehr zu sehen, wie seine eigene Art die Dinge aufzufassen, diese nicht nur wahrnimmt, sondern aktiv herstellt.

“In psychoanalytic terms, a deconstructivistic attitude towards neurosis would be not to hope to find out the original traumatic incidence one day but, rather, to reveal the ways the experience or notion of being traumatized has been processed during lifetime” (**Küchenhoff**, S. 13).

Eine solche Haltung lässt den Analytiker eher spielen, sein kreatives Potential nutzen und das seines Patienten anregen und ist jedem Dogmatismus fremd.

“On the level of institutionalization, any dogmatic claims have to be deconstructed again and again. In the deconstructivist perspective, it clearly makes no sense whatsoever to claim that on a certain setting – say, a psychoanalysis of four sessions weekly – is psychoanalysis proper. Instead, one would have to take into account that there is no – and cannot be a – final form of psychoanalysis, that there is no original or authentic setting, but only different forms of setting”. (S. 15).

Auch **Judy Kantrowitz** schließt sich in ihrem Beitrag des gleichen Bandes einer solchen sozialkonstruktivistischen Perspektive an. Diese Autorin hatte schon länger ihre Aufmerksamkeit dem „matching“ zwischen Analytiker und Patient gewidmet und interessiert sich hier nun für die Frage, inwieweit Therapeuten durch die Therapie verändert werden bzw. sich als verändert erleben. Sie verschickte an 1100 Analytiker in den USA („national survey“) einen Fragebogen, von dem 399 zurückkommen. Befragt wurden sie, ob sie sich durch ihre Tätigkeit als verändert erleben, wann solche Veränderungen eintreten, was sie ausgelöst habe und welche Art von Veränderung sie meinen erlebt zu haben. Mit 26 der Antwortenden führte **Kantrowitz** dann eigene Interviews durch, wovon sie eines hier genauer darstellt.

Dabei geht es, sehr verkürzt, darum, daß ein Analytiker am Ende der Analyse eines Patienten - sich erinnernd - neu erlebt, wie der eigene Vater starb und daß sich dies mit

Im „Int.J.Psychoanal“ (Juni 2004) berichtet **Judy Kantrowitz** von einer Untersuchung an 36 amerikanischen und 30 nicht-amerikanischen Analytikern – nicht Patienten, sondern die Art der Verarbeitung der analytischen Erfahrung durch den Analytiker findet auch hier ihr Interesse. Sie will wissen, wie handhaben diese ihr Schreiben und die Publikation über Patienten incl. der Fragen nach Diskretion? Sie führt telefonische und persönliche Interviews oder bezieht sich auf email-Korrespondenz. Es zeigt sich, daß es keine Differenzen bezüglich der Herkunftsländer in den meisten Ländern gibt.

Das Schreiben erscheint den meisten als eine Art der Selbst-Supervision, aber sie berücksichtigen oft nicht, daß sie Lehranalytiker sind, wenn sie über Kandidaten schreiben. Eine Analytikerin schreibt nur mit Zustimmung ihrer Patienten über sie; sie musste selbst erleben, wie sehr erniedrigend es war, sich in der Literatur identifizierbar wiederzufinden. „He never asked me. He just told me“, gibt sie im Interview den Geist der Lehranalyse wieder.

Ein anderer Analytiker wird von einer Patientin wegen einer unkonsentierten Publikation über sie zur Rede gestellt. Er sagt: „My countertransference feelings were hard“ – und ich rätsele, in welcher Bedeutung hier wohl von „Gegenübertragung“ die Rede sein mag. - Aber klar ist, der analytische Prozeß wird auch auf seiten des Analytikers aktiv zu untersuchen unternommen.

den Themen der Analyse verbindet und ihn eine zeitlang behindert, seinen Patienten angemessen zu verstehen. Der Tod des Vaters löst viele Erinnerungen an dessen Gewalttätigkeiten aus und der Patient seinerseits trat sehr bedrohlich auf. Kurz, der Ana-

lytiker „saw that he had had a father transference to this patient“ (S. 25).

In ihren weiterführenden Überlegungen stellt **Kantrowitz** nun eine beachtliche Symmetrie her. Patienten sprechen oft mit anderen über ihre Analyse, um die Intensität ihre Erlebens gleichsam zu verdünnen. Analytiker tun das auch, nennen es dann Supervision oder Intervision – und wenn man diese Symmetrie erst mal akzeptiert, kann man auf die interessante Frage stoßen, ob das ein professioneller Habitus ist, der einer Gegenübertragungsreaktion zuzurechnen und im Sinne **Küchenhoffs** zu dekonstruieren wäre. Das kann natürlich nicht generell entschieden werden, aber im Einzelfall darüber nachzudenken, könnte sich lohnen. Auch meinen wir oft, daß der Analytiker eine zentrale Rolle im Leben eines Patienten spiele, aber offenbar kann es umgekehrt genau so sein.

„Although the asymmetry of the relationship means that the analyst is by definition in a ‘safer’ position than the patient, the former, once this emotional openness is permitted, engages in an emotional risk. Without this emotional risk, no psychological change can take place. To be truly engaged is to allow oneself to be vulnerable to another“ (S. 36 f.).

Ist es nicht naheliegend, die Vermutung anzuschließen, daß unsere eher auf „richtige Technik“ oder „richtige Diagnose“ zentrierte Diskussion in Seminaren und in der empirischen Forschung genau diese Verwundbarkeit vermeidet? Eine Verwundbarkeit, die das Thema von Chiron natürlich sofort wieder anklingen lässt.

INTERAKTION UND INTERSUBJEKTIVITÄT

Werden hier also gewaltige Schritte hin auf das Paradigma der Interaktion gemacht, so geht **Christos Ioannidis** direkt noch weiter. Seinen theoretischen Hintergrund markiert er mit Sätzen wie:

- „The analyst is constantly revealing him/herself“;
- die Verzerrung des Analytiker in der Wahrnehmung des Patienten sei eine des Grades, nicht der gänzlichen Verfehlung;

- oft genug müsse man den Patienten als Therapeuten seines Analytikers ansehen, wie es Searles schon beschrieben habe;
- unweigerlich kommuniziert auch der Analytiker seiner Bedürfnisse, seien sie abwehrbedingt, triebhafter oder anderer Art;
- auch kann es ein besonderes Bedürfnis des Analytikers geben, *nicht* wissen zu wollen;

- oft ist das Hauptbedürfnis des Analytikers, seine Inkompetenz(-gefühle) zu verbergen oder die immer präsenten sadomasochistischen Implikationen der analytischen Situation selbst zu kaschieren

“Our complex concept of countertransference has sometimes been thought of in what appears like defensive ways” (S. 51)

So schließt er an die Diskussion bei **Küchenhoff**, aber auch bei **Ladany** oder **Hayes** an – es kann also sein, daß das, was wir für Gegenübertragung halten, Teil der Abwehr ist, der Abwehr zu sehen, wie unvermeidlich wir beteiligt sind.

Direkt auf das Ziel einer Interaktionstheorie der Psychoanalyse steuert **Imre Szecsydy** aus Schweden in seinem Beitrag „How does Psychoanalysis work?“ zu, wenn er schreibt:

“The psychoanalytic process arises in a mutual interaction between analysand and analyst” (S. 54).

Szecsydy ist ein wohlbekannter Analytiker und empirischer Forscher, gerade im Feld der Supervision, seine durchaus auch kritische Stimme hat Gewicht. Er berichtet von der ersten „summer school on research“, die vom Research Committee der IPA 1995 organisiert worden war. Ziel der analytischen Behandlung, darin habe Übereinstimmung bestanden, sei es, einen sicheren Rahmen zu etablieren, der dem Patienten Einsicht ermögliche. „The medium for change is the specific relationship established between analysand and analyst within the secure frame of analytic setting. Psychoanalysis is supposed to have an influence on how the individual is able to relate to and integrate emotional experiences through a development of the capacity to tolerate mental frustration and pain” (S. 57). Spezifisch ist also nicht eine bestimmte Technik, die der Analytiker „anwendet“, sondern eine besondere Form der Beziehung, die durchaus als gegenseitig betrachtet wird. Was dabei entsteht, klärt er mit **Fonagy's** Konzept der Mentalisierung:

„Mentalization is important: first, it enables the individual to see people's action as meaningful through the attribution of thoughts and feelings,

so that their actions become predictable, which in turn reduces dependency on others. Second, it allows for recognition of the fact that someone is behaving as if things are a particular way does not mean that things are like that. Third, without a clear representation of the mental state of the other, communication must be profoundly limited. Finally, mentalization can help an individual to achieve deeper experiences with others and, ultimately, a life experienced as more meaningful” (S. 59).

Klar ist diesem versierten Autor, daß eine empirische Forschungsstrategie, die den Aufbau so komplexer Repräsentationen durch die therapeutische Interaktion mittels eines Dosis-Wirkungs-Paradigmas untersuchen wollte, nur scheitern kann. Nützlich scheint die Psychoanalytic Process Rating Scale zu sein, die von der Amsterdamer Gruppe während der Summer School konzipiert worden war. Dieser Fragebogen erlaube einen Einblick in den stattfindenden Prozess in der Form eines Kompromisses zwischen naiver klinischer Beschreibung und stärker theoretischer Orientierung. Seine items beziehen sich auf 3 Bereiche:

- Allgemeine Einstellung (ausgefallene Sitzungen, Zeiteinhaltung, Qualität der Sitzung, Abwehr und Widerstand),
- bewusste und unbewusste Inhalte (den Körper, Selbstachtung, Objektbeziehung, Sexualität und Aggression betreffend, aber auch bezogen auf äußere Ereignisse wie Ausbildungsschritte des Patienten, Schulleistungen, Arbeit, life events, Fragen des Alters),
- die Form von Übertragungsthemen (Gefühle des Analytikers, Interventionsstile, Reaktionen auf Interventionen)

Ich gestehe, daß diese Lösung mich wundert. Hatte **Szecsydy** nicht ausdrücklich den interaktiven Charakter des psychoanalytischen Prozesses heraus gehoben? Von der Gegenseitigkeit gesprochen? Und nun soll das alles von einer Seite, dem Analytiker allein beurteilt werden – wo ist da die Interaktion? Mit einem Fragebogen, welcher Art auch immer, das zeigt eine grundsätzliche Reflexion, kann doch immer nur das *Denken* der einen Seite über die interaktiven Ereignis-

nisse abgebildet werden, nie aber die Interaktion selbst. So avanciert der Autor in seinen theoretischen Impulsen also ist, so enttäuscht doch die von ihm propagierte Lösung. Um Interaktion abbilden zu können, benötigt man so subtile Methoden, wie ich sie im letzten PNL anhand des Buches von **Streeck** dargestellt habe. Bei ihm musste man die Rolle der Kognition und der Mentalisierung vermissen, hier wird nun mit dem gleichen Impuls wie bei **Streeck** die Interaktion in den theoretischen Fokus gerückt, sie aber im empirischen Untersuchungsinstrument gerade wieder entrückt. Beides müsste endlich zusammenkommen, aber das bietet dann wiederum eine Komplexität, von der noch niemand weiß, wie sie forschungstechnisch zu bewältigen sein könnte. Freilich, das kleine Wunder ist, Praktiker tun das irgendwie jeden Tag, sie wissen aber nicht: wie sie das tun, was sie da eigentlich tun. Der verstorbene **Wolfgang Loch** hatte dafür öfter ein schönes Gleichnis parat: Psychoanalyse sei wie Geschirrspülen; das eigentliche Wunder sei, wie man mit einem schmutzigen Lappen in schmutzigem Wasser schmutziges Geschirr dennoch hinreichend sauber bekomme. Offenbar ist das Denken über die Interaktion nicht minder wichtig wie die Interaktion selbst; was „die“ therapeutische Beziehung ist, ist nicht unabhängig von dem, wie über sie gedacht wird – das zeigt die ganze Anlage dieses spannenden Buches.

Das „Denken über die Interaktion“ hat selbst wiederum unbewußte Dimensionen, wie der Beitrag von **Gila Ofer** über „The therapist is dreaming“ zeigt. Jeder, der sich an seine therapeutischen „beginnings“ erinnert, erinnert auch die quälenden Momente, wenn er am Abend sich von den inneren Dialogen mit seinen Patienten nicht lösen konnte, für Privates nicht wirklich frei war, und man erinnert sich dann auch, daß Patienten manchmal in den Träumen auftauchen. Vielleicht, weil Träumen von Patienten so sehr mit diesen Anfängergefühlen verbunden ist, ist das ein so sehr verschwiegenes Thema, daß **Gila Ofer** in der gesamten englischsprachigen Literatur nur 5 Aufsätze dazu findet. Der deutsche Autor **Ralf Zwiebel** hatte erhebliche Erleichterung

1977 mit seinem entsprechenden Psyche-Aufsatz geschaffen, aber er hatte damals noch den Akzent darauf gelegt, daß vom-Patienten-träumen mit Inkompetenzgefühlen des Therapeuten zu tun habe und so den Traum als einen Bewältigungsversuch aufgefasst. **Gila Ofer** geht darüber hinaus: Sie sieht den Traum als eine Quelle der Kreativität. Sie wehrt sich dagegen, sie als Gegenübertragungsträume aufzufassen und spricht lieber von „patient-related dreams“ (PRD). Ihre Fragen sind: Wann treten sie auf? „At what points in the analyst's professional life can these dreams come to the surface?“ (S. 100) – und damit sieht sie den Traum als einen möglichen Meilenstein in der professionellen Entwicklung des Therapeuten! Das ist eine ganz andere Sicht, als wenn man ihn als Gegenübertragungstraum auffasst! Und eine zweite Gruppe von Fragen sucht die spezifische Funktion solchen Träumens zu ergründen; sie können, wenn sie verstanden werden, ein frisches Licht auf einen therapeutischen Prozess werfen und die Sicht, wie ein Therapeut seinen Patienten erfährt, verändern. Wenn wir die „Sicht“ als ein „Denken über die Beziehung“ auffassen, dann gibt es also hier eine gewissermaßen eigenständige Kraftquelle, die das „Denken über Beziehung“ verändern kann und man glaubt es den überzeugenden Fallbeispielen der Autorin gerne, wenn sie schreibt: „I also had many supervisees telling me their dreams about their patients“.

Auch die von **Gustav Bovensiepen** in Köln gemachte Zeitschrift „Analytische Psychologie“ nimmt sich dieses Themas an. **Lilian Otscheret** entwickelt ein Konzept der Supervision aus intersubjektivitätstheoretischer Sicht und stellt sofort fest, daß damit „unser Lehrauftrag in der Supervision hoch komplex“ wird. Denn deutlicher kann der Therapeut sich als „Umwelt“ und zugleich als „Objekt“ entwerfen, beides ist in das „implizite Beziehungswissen“ (**Stern**) eingebettet und muß gehandhabt und reflektiert werden. Bedenkt man freilich, daß diese Doppelung – als konturiertes Objekt zu fungieren und zugleich diffuse, haltende Umwelt zu sein – eine Leistung ist, die jede Mutter mit ihrem Kind täglich aufbietet, ist es so schwierig wiederum nicht. Es zu voll-

bringen ist vielleicht leichter, als es zu beschreiben. Das ist einmal der Komplexität geschuldet, dann aber vielleicht auch dem kognitiv-konzeptuellen Widerstand. Denn eine solche gedoppelte Haltung einzunehmen, so schreibt die Autorin klar, erfordert, sich von einer positivistischen zu einer „konstruktivistischen Sichtweise von Therapie und Supervision“ umzustellen und das fällt uns sehr schwer. Wenn man das Positi-

vistische als das „Härtere“, das Konstruktivistische als das „Weichere“ auffasst, könnte es also sein, daß diese Umstellung etwas mit dem Wechsel von einer väterlich-autoritären zu einer mütterlich-haltenden Einstellung zu tun hat, die immer noch schwierig genug ist. In der Verbindung von beidem läge wohl das supervisorische Potential.

METHODE UND/ODER PERSON

Es scheint so zu sein, daß von dieser Öffnung zur konstruktivistischen Haltung und zu den Träumen eine interaktive Wirkung ausgeht, denn solche Mitteilungen von Supervisanden zu erhalten, kontrastiert scharf mit den eingangs mitgeteilten empirischen Befunden. Also könnte auch hier gelten, daß es nicht „die“ Supervision ist, nicht „die“ Methode, die etwas bewirkt, sondern die besondere Kombination von Methode und Person. Wenn man dies Zusammenwirken sich vorstellen wollte, dann gewiß nicht additiv, sondern multiplikativ. Eine geeignete Person kann die Wirkung einer Methode um ein Vielfaches erhöhen, aber eine ungeeignete Person kann die Wirkung einer an sich guten Methode auch auf Null herunter fahren. Eine Formel für den therapeutischen Erfolg (TE) wäre dann

$$TE = f(M \times P)$$

(Wobei M für Methode und P für Person steht). Und damit ist nichts anderes gemeint, als daß beide Komponenten sich wirksam vergrößern oder annullieren können. Statt also personunabhängige Methoden zu untersuchen, käme es mehr auf die Bildung und Ausbildung von Therapeutenpersönlichkeiten an. Hier liegt ein Feld vollkommen brach.

Interessanterweise wird das auch bei unseren schulischen Nachbarn so gesehen. Ein kluger Aufsatz von **Tom Levold** in der Zeitschrift „Systeme“ (Heft 1/04) belegt das. **Levold** ist Mitbegründer einer psychoanalytisch-systemischen Arbeitsgemeinschaft in Köln und von daher immer schon einer intersubjektiven oder relationalen Sicht für das therapeutische Geschehen nah. Er diskutiert zunächst die Differenz zwischen Rolle und Identität als Therapeut, kommt dann in einer längeren Schlussbemerkung auf Ausbildungsfragen zu sprechen.

„Ob wir es wollen oder nicht, unsere bestehendes System der Therapeutenausbildung beruht - bei allen schulenspezifischen Unterschieden – darauf, daß zunehmende Ähnlichkeit mit den LehrtherapeutInnen implizit oder explizit selektiert prämiert wird, die Präsentation abweichender Ideen, Verhaltensweisen, Bekleidungsvorlieben dagegen erheblichen Legitimationsbedarf mit sich bringt. Dies bietet einerseits eine recht klare Orientierung bezüglich richtiger und falscher Anwendung der schulenspezifischen Philosophien, die die TeilnehmerInnen für ihr Geld auch erwarten und erwarten können. Schließlich wäre einer Weiterbildung nicht damit gedient – und würde mehr Verwirrung und Nutzen bringen -, wenn ihre eigene Beschränktheit ständiger Gegenstand ihres Curriculums wäre.

Andererseits führt diese Verengung aber auch dazu, dass wirkliche Innovation, Persönlichkeitsentwicklung und Eigenständigkeit bei den TeilnehmerInnen nicht immer so gefördert wird, wie das möglich wäre – dies gilt meiner Meinung auch für die Selbsterfahrungsprozesse, die doch in erster Linie eine Veranstaltung sind, in der die Entwicklung der eigenen Therapeutenpersönlichkeit reflektiert werden sollte. Aus diesem Dilemma kommen Therapieschulen umso weniger heraus, als sie sich auch gesellschaftlichen Anforderungen an Professionalisierungsprozesse ausrichten müssen und wollen.“ (S. 50)

Nun, wenn ich diesen Text ohne den Hinweis auf den systemischen Ursprung zitiert hätte, hätten sicher manche sich zu der Annahme verleiten lassen, er stamme aus psychoanalytischen Jour-

nalen – dort jedenfalls kann man Vergleichbares über den Anpassungsdruck, über die Ausbildung einer „Normopathie“ oder einer „normotischen Störung“ (**Bollas**) gehäuft lesen. Soll man nun zufrieden feststellen, daß auch die Systemiker sich mit ähnlichen Problemen herumschlagen? Nein, eine solche Zufriedenheit wäre zu billig. Sie wäre mit Hämie gemischt und das kann nicht wirklich befriedigen.

Ich meine, die Aufgabe bleibt, sich mit der Ausbildung von Persönlichkeiten, die eine therapeutische Methode zur Entfaltung bringen können, zu beschäftigen. Das könnte eine schulenübergreifende Aufgabe der nächsten Jahre werden. Aber ich höre auch schon die Einwände, die eine bürokratische Wendung einer solchen Programmatik voraussehen – wenn wir Checklisten für Therapeutenpersönlichkeiten entwickeln würden, deren Entwicklungsstand zu evaluieren beginnen, ihre Kompetenz messen wollten, den Ausbildungsstand gradiert abstufen – oh!, ja ich gestehe, da würde es mich auch grausen und deshalb wollen wir ein solches Thema lieber nicht in der Öffentlichkeit verhandeln. Einer der liebsten Sprüche **Freuds** war das **Goethe**-Wort: Das Beste, was Du wissen kannst, darfst Du den Buben doch nicht sagen. Verschweigen wir also manchmal durchaus den bürokratischen Buben, dass wir manches in der Profession besser schon wissen...