



Biel_G_2014

Macht und Ohnmacht in der Psychotherapie

Götz Biel

„Macht und Ohnmacht in der Psychotherapie,“ in: *Fromm Forum* (Deutsche Ausgabe – ISBN 1437-0956), 18 / 2014, Tübingen (Selbstverlag), pp. 150-158.

Copyright 2014 by Götz Biel, Jacobistraße 5, D-23701 Eutin, E-Mail: hg.biel[at-symbol]t-online.de

Der folgende Beitrag ist die überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrags, den der Autor im Rahmen der Fachtagung „Ohnmacht – Nein danke!“ im AWO Psychiatriezentrum Königslutter am 06. Oktober 2012 gehalten hat. Der Autor arbeitet als Psychologischer Psychotherapeut seit über 20 Jahren im stationären und ambulanten Rahmen.

1. Grundzüge der Sozialpsychologie Erich Fromms

Das menschliche Denken hat nach Fromm im Vergleich zu den Tieren völlig neue, spezifisch menschliche Qualitäten gewonnen, denn wir Menschen besitzen Bewusstsein unserer selbst (awareness), Vernunftbegabung (reason) und Vorstellungsvermögen (imagination) (R. Funk 1978, S. 85). Diese neuen Qualitäten sind es, die die Harmonie des Menschen mit der ihn umgebenden Welt zerstört haben. Gleichzeitig hat der Mensch aber existentielle Bedürfnisse, die befriedigt werden wollen: das Bedürfnis nach Bezogenheit, das Bedürfnis nach Transzendenz, das Bedürfnis nach Verwurzeltheit, das Bedürfnis nach Identitäts- und Einheitserleben, das Bedürfnis nach einem Rahmen der Orientierung und einem Objekt der Hingabe, das Bedürfnis nach Wirkmächtigkeit oder das Bedürfnis, einen Eindruck zu hinterlassen, „effektiv“ zu sein (a.a.O., S. 89ff).

Diese existentiellen Bedürfnisse können auf verschiedene Art befriedigt werden, je nach den verschiedenen Bedingungen als verschiedene Charakterorientierungen. Diese Charakterorientierungen sind ein Ersatz für die fehlenden oder reduzierten Instinkte; sie sind die zweite Natur des Menschen (R. Funk 2007, S. 76f).

Vom Individualcharakter ist die Gesellschafts-Charakterorientierung nach Erich Fromm zu unterscheiden, definiert als der Kern, den die meisten Mitglieder einer Kultur gemeinsam haben (E. Fromm 1982, S. 82). Dabei werden die Energien der Mitglieder einer Gesellschaft so geformt, dass sie so handeln wollen, wie sie handeln sollen und gleichzeitig darin eine Genugtuung finden.

„Der Mensch handelt also gerne so, wie er von den ökonomischen und gesellschaftlichen Erfordernissen und Erwartungen her handeln muss. Wenn demnach ein auf Profitmaximierung und Wachstum ausgerichtetes Wirtschaftssystem zu seinem eigenen Funktionieren je neue Investitionen machen muss, mit denen neue Produkte geschaffen werden, dann braucht dieses System den Menschen, der lei-



denschaftlich gern konsumiert. Was er mit Lust tut und was ihm der „gesunde Menschenverstand“ auch zweifelsfrei als „vernünftig“ zu tun nahe legt -, das muss er in Wirklichkeit tun“ (R. Funk, 1983, S. 84).

Die entscheidende Frage für das Gelingen des Menschen als Menschen ist aber, nach der Art der Bezogenheit zu fragen und die gesellschaftlich vorgegebenen oder auch individuell entwickelten Beziehungsmuster (= Charakterorientierungen) immer daran zu messen, ob sie die Wachstumsmöglichkeiten des Menschen fördern oder behindern bzw. vereiteln (R. Funk 2012, persönliche Mitteilung).

Fromm unterscheidet nicht-produktive von produktiven Charakterorientierungen (E. Fromm 1976). Nicht-produktive Orientierungen (Haben-Modus) sind gekennzeichnet durch die Grundhaltung: „[...] ich bin, was ich habe. Mein Eigentum begründet mich und meine Identität“ (a.a.O., S. 80). Das wesentliche Merkmal der produktiven Orientierung oder der Orientierung am Sein hingegen ist die Aktivität im Sinne eines inneren Tätigseins, des produktiven Gebrauchs der menschlichen Kräfte.

„Im Bereich des Denkens kommt diese produktive Orientierung in der richtigen Erfassung der Welt durch die Vernunft zum Ausdruck. Im Bereich des Handelns drückt sich die produktive Orientierung in produktiver Arbeit, im Prototyp dessen aus, was unter Kunst und Handwerk zu verstehen ist. Im Bereich des Fühlens kommt die produktive Orientierung in der Liebe zum Ausdruck, die das Erlebnis des Einswerdens mit einem anderen Menschen, mit allen Menschen und mit der Natur bedeutet unter der Voraussetzung, dass man sich dabei sein Integritätsgefühl und seine Unabhängigkeit bewahrt“ (E. Fromm 1982, S.38f; kursiv im Original).

Zum Thema seelische Gesundheit schreibt Fromm:

„Seelische Gesundheit im humanistischen Sinne ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit zu lieben und schöpferisch tätig zu sein, durch die Loslösung von den inzestuösen Bindungen an Familie und die Natur, durch ein Gefühl der Identität, das sich auf das Erlebnis des Selbst als dem Subjekt und Urheber der eigenen Kräfte gründet, und durch die Erfassung der Realität im eigenen Ich und außerhalb seiner selbst, das heißt durch die Entwicklung von Objektivität und Vernunft“ (E. Fromm 1982, S.194).

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen sind die im Folgenden verwendeten Begriffe von Gesellschafts-Charakter, Produktivität oder seelische Gesundheit zu verstehen.

2. Macht im Sinne produktiven Handelns

Mit dem Wort „Macht“ werden oft Begriffe wie Unterdrückung, Gewalt oder Kontrolle assoziiert. Auch der Soziologe Max Weber beschreibt in seiner klassischen Definition Macht im Sinne von Herrschaft: „Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht“ (M. Weber 1947, S. 28, zitiert nach M. Lohmer, C. Wernz 2008, S. 292f).

„Seinem etymologischen Ursprung nach (von gotisch „Magan“) bezeichnet Macht im Allgemeinen „können“ oder „vermögen“. Karl Rahner (1962, zit. in Ritter und Gründer 1980, S. 585) schreibt: „Macht ist eine Kraft oder ein Vermögen, das Mög-



liche wirklich zu machen“ (M. Lohmer, C. Wernz 2008, S. 292).

Was ist es denn, was in der Psychotherapie vermag, das Mögliche wirklich zu machen? Wenden wir uns also der Frage zu, was der eigentlich therapeutisch wirksame Faktor ist und wie eine produktive Orientierung in der therapeutischen Beziehung aussieht.

M. J. Lambert und D. E. Barley (2008) werteten mehr als 100 Forschungsstudien unterschiedlicher Designs zu einer Vielzahl von Behandlungen, Störungsbildern und abhängigen Variablen aus. Ein wesentliches Ergebnis ist dabei: „Fernab schulorientierter Streitigkeiten wird dem Therapiebündnis als gemeinsamem Wirkfaktor oft der eindeutigste Einfluss auf den Erfolg einer Psychotherapie attestiert“ (M. Hermer, B. Röhrle 2008, S. 54). Die Therapiebeziehung klärt ca. 30% der Ergebnisvarianz auf. Untersucht wurden in den letzten sechs Jahrzehnten „ohne Rücksicht auf die therapeutische Ausrichtung des Therapeuten [...] Empathie, Wärme, Akzeptanz, Unterstützung zur Risikoaufnahme, Charakter des Therapeuten und des Klienten, Vertrauen in die Therapeuten-Patienten-Beziehung, die therapeutische Allianz“ und anderes mehr (M. J. Lambert, D. E. Barley 2008, S. 111).

Extratherapeutische Faktoren wie spontane Remission, „Charakteristika des Patienten [...] seine Lebenssituation, Merkmale seines sozialen Netzes, außertherapeutische Unterstützung und Widerstände, Geschehnisse außerhalb des Therapieraums und Zufälle“ (M. Hermer, B. Röhrle 2008, S. 39) erklären 40% der Ergebnisvarianz. Auf den Erwartungs-(Placebo-)effekt entfallen 15%. Das spezifische Behandlungsmodell und die damit verbundene therapeutische Technik sollen lediglich 15% Anteil am Behandlungsergebnis haben.

Die Autoren schlussfolgern: „Messungen der therapeutischen Beziehungsvariable korrelieren konsistent höher mit den Effekten bei Klienten als spezifische Therapietechniken“ (M. J. Lambert, D. E. Barley 2008, S. 128). Weiter schreiben sie: „Manche Therapeuten sind besser als andere. Klienten charakterisieren solche Therapeuten als verständnisvoller und akzeptierender, empathisch, warm und unterstützend. Diese Therapeuten zeigen seltener negative Verhaltensweisen wie Tadeln, Ignorieren und Zurückweisen“ (a.a.O., S. 128).

Empirisch abgesicherte Behandlungsformen und Behandlungsmanuale „bergen die Gefahr in sich, technische Vorgehensweisen überzubetonen und an spezifischen Behandlungsrichtlinien festzuhalten und der Notwendigkeit, eine effektive therapeutische Beziehung zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, zu wenig Nachdruck zu verleihen“ (a.a.O., S. 128). M. J. Lambert und D. E. Barley empfehlen deswegen: „Kliniker täten gut daran, beim Einsatz empirisch abgesicherter Behandlungsformen und Behandlungsmanuale eine ausgewogene Perspektive beizubehalten“ (a.a.O., S. 128).

An dieser Stelle seien einige eigene Beobachtungen referiert: Seit Jahren frage ich meine Patientinnen und Patienten im Abschlussgespräch kurz vor der Entlassung aus stationärer Behandlung, was ihnen aus ihrer subjektiven Sicht am meisten geholfen hat, sich im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt jetzt besser zu fühlen. Sowohl die meisten befragten PatientInnen einer psychosomatischen Fachklinik als auch viele PatientInnen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik gaben an: die Beziehung – insbesondere zu den MitpatientInnen, aber auch zum Personal – sei für sie am wichtigsten gewesen! Häufig wird geäußert: Hier konnte ich mich so geben, wie ich bin. Ich



wurde ohne viele Worte verstanden. Ich musste mich nicht verstellen. Ich fühlte mich nicht allein, anderen ging es genauso wie mir. Ich konnte mich aussprechen. Man hörte mir zu. Ich bekam Tipps. Ich bekam eine ehrliche Rückmeldung. Wir haben viel gemeinsam unternommen etc. Erst danach kommen Wirkfaktoren wie die Ruhe und schöne Umgebung, die Einzeltherapie, die einzelnen Formen von Gruppentherapie etc. Einzelne therapeutische Methoden oder Techniken werden vergleichsweise selten als subjektiv wirklich wichtig genannt.

Dazu, wie die psychotherapeutische Beziehung im Sinne einer produktiven Beziehung wirken kann, führt E. Fromm (2009) aus, Blockierungen infolge innerer Widerstände können nur aufgehoben werden, wenn man als Psychotherapeut mit dem universalen Menschen in sich und im anderen im Kontakt ist und damit keine Angst vor dem Fremden in sich und im anderen hat. Fromm zitierte oft Terenz, der schrieb, dass dem Menschen nichts Menschliches fremd sein möge. Die Fähigkeit, all die irrationalen Gefühle „ – von mörderischen bis zu liebenden und erhabenen Gefühlen, von tiefer Verzweiflung bis zu überwältigender Freude – in sich spüren und am Leben halten zu können, entscheidet darüber, wie tief eine Psychoanalyse gehen kann.“ (M. Maccoby 2009, S. 196).

Wenn man also als Psychotherapeut in der Lage ist, den Mann, die Frau, das Kind, den Mörder, den Sadisten und den Wahnsinnigen usw. in sich wahrzunehmen, ist man in der Lage, sich in den anderen hineinzusetzen. E. Fromm (1992, S. 140) schreibt:

„Wer auf einen Patienten in einer Weise bezogen ist, dass er ihn nicht als Ding ‚da drüben‘, das er erforscht, sieht, sondern versucht, in sich selbst zu erleben, was ein Patient fühlt, der erlebt sich tatsächlich ganzheitlich, die ganze Welt dessen, was nicht im Bewusstsein ist. Damit in Berührung zu kommen, bedeutet tatsächlich, sich selbst zu analysieren und seiner selbst mehr und mehr bewusst zu werden. Dies ist dann auch das Einmalige [...]: dass man mit dem Patienten sich selbst heilt.“

Und weiter führt er aus:

„Kann ich den anderen in der beschriebenen Weise sehen, dann höre ich nicht nur zu urteilen auf, sondern es stellt sich ein Gefühl der Einheit, des Teilens, des Einsseins ein, das sehr viel stärker ist als ein Gefühl der Freundlichkeit oder des Nettseins. Es stellt sich ein Gefühl der Solidarität ein, wenn zwei Menschen zueinander oder auch nur einer zum anderen gerechtfertigterweise sagen kann: ‚Dies bist Du, und ich teile es mit Dir.‘ Dies ist ein unglaublich wichtiges Erlebnis [...] Es ist die befriedigendste, wunderbarste und belebendste Erfahrung, die zwei Menschen machen können.“ (a.a.O., S. 145).

Durch so eine produktive Begegnung wächst einem Kraft und Lebendigkeit zu. So kann man dem anderen helfen, zum Experten für sich und sein Leben zu werden. So verstehe ich Macht im positiven Sinne, wenn Karl Rahner schreibt: „Macht ist eine Kraft oder ein Vermögen, das Mögliche wirklich zu machen.“ (zitiert nach M. Lohmer, C. Wernz 2008, S. 292).

Am deutlichsten erlebe ich in meiner Arbeit als Psychotherapeut solche „produktiven“ Momente im klinischen Alltag, wenn PatientInnen zu Beginn des stationären Aufenthalts gehetzt berichten, sie spürten sich schon lange nicht mehr, sie erlebten sich „wie eingefroren“, „wie tot“, sie funktionierten nur noch, und sie hätten noch bis gestern



Abend vor der Aufnahme 20.00 Uhr gearbeitet, um alles zu erledigen, und sie seien ganz ungeduldig, und sie erwarteten in der Klinik von morgens bis abends therapeutische Anwendungen, so dass sie nicht viel nachdenken müssten, am liebsten hätten sie, dass alles wieder so werde wie früher und sie weiter funktionieren können, und wann geht es denn nun los, sie seien doch schon zwei Tage hier, und es hätte sich noch immer nichts verändert usw. Und dann berichten sie im Laufe der Behandlung, es passiere was ganz Merkwürdiges: Ihre Wahrnehmung verändere sich, sie betrachten sich und ihre Umwelt anders. Sie hätten die Zeit über der Betrachtung eines Sonnenuntergangs „vergessen“, röchen zum ersten Mal bewusst eine Blume oder erfreuten sich am Anblick eines Reetgrases am nahegelegenen See. PatientInnen berichten, diese Erweiterung ihrer Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit sei ein großer Zuwachs ihrer Lebensqualität. Als Psychotherapeut fühlt man sich nach solchen Therapiesitzungen oft auch ganz lebendig, emotional aufgewühlt, gedanklich angeregt. Ich scheue mich deshalb auch nicht, mich bei einem Patienten dafür zu bedanken.

E. Fromm (1976, S. 91f) schreibt hierzu:

„Produktives Tätigsein bezeichnet den Zustand innerer Aktivität, sie muß nicht notwendigerweise mit der Hervorbringung eines künstlerischen oder wissenschaftlichen Werkes bzw. von etwas ‚Nützlichem‘ verbunden sein [...] Entfremdete Aktivität im Sinne bloßer Geschäftigkeit ist in Wirklichkeit ‚Passivität‘, das heißt Unproduktivität.“

Nach meiner Überzeugung sollte deswegen am Anfang einer Behandlung nicht die Frage stehen: „Was kann ich als helfende Person für Sie tun?“ Das verstärkt das Gefühl der Passivität und Ohnmacht auf Seiten des Patienten. Produktiver ist die Haltung: „Welche Ziele möchten Sie für sich erreichen? Wobei kann ich Sie begleiten und unterstützen?“ Ich halte nicht viel von einer Haltung, die ausdrückt: „Ich bin der Experte, Du bist das Defizitwesen.“ Vielmehr bevorzuge ich die Haltung: „Ich als Psychotherapeut stelle Dir mein Wissen und meine (Selbst-)Erfahrung zur Verfügung, damit Du als Experte für Dich selbst (Niemand kennt Dich so lange und gut wie Du Dich selbst!), Dich mit meiner Unterstützung selbst erkennst.“ Es ist das Ziel des psychotherapeutischen Prozesses nach Fromm (2009), dem Patienten zu einem bisher verborgenen, ganzheitlichen Erleben zu verhelfen, den universalen Menschen in sich zu erkennen und so zu seelischer Gesundheit im oben beschriebenen Sinne zu gelangen. Das Verstehen von kleinen, isolierten Teilaspekten des Verborgenen reicht bestenfalls, die Symptome zu reduzieren.

Produktives Handeln im Sinne Fromms zielt darauf ab, das autoritäre Machtgefälle, hier: zwischen TherapeutIn und PatientIn, aufzuheben, und nicht, es aufrecht zu erhalten.

3. Aspekte der Macht im psychotherapeutischen Handeln

Über welche Machtfaktoren PsychotherapeutInnen verfügen können, soll im folgenden in Anlehnung an L. K. Flach (2011, S. 84f) ausgeführt werden:

- Der Psychotherapeut verfügt durch sein Expertenwissen über Macht.
- Die Position an sich verleiht Macht, „Autorität qua Amt“.
- Diagnosestellung als Machtfaktor: Die Diagnose kann für PatientInnen hilfreich sein, man kann Symptome und Syndrome benennen, man kann sich informieren,



und man kann dadurch das Gefühl des „Mystischen“, „Nicht-Verstehbaren“ und „Aussätzigen“ verlieren. Man ist nicht der Einzige, den es betrifft. Es kann helfen, mit der Störung umzugehen.

- Institutionelle Legitimation: „Als Psychotherapeut vertritt man die Regeln der Institution, und das Regelwerk der Institution verleiht über feste Rahmenbedingungen [...] Macht“ (a.a.O., S. 85).
- Machtmittel der Sanktion: ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen bestimmen im stationären Rahmen über Ausgangsregelungen, die Ablehnung oder Genehmigung von Belastungserprobungen, den Entlassungszeitpunkt.
- Suggestionmacht.

Es sei an dieser Stelle die Frage erlaubt: Kann man als Psychotherapeut das Gefühl haben, zu viel Macht zu haben? Ich meine durchaus, dass dies der Fall sein kann: L. K. Flach (2011, S. 90) fand mittels Interviews im Rahmen ihrer Diplomarbeit heraus: TherapeutInnen erleben sich z. B. dann als zu mächtig, wenn PatientInnen zu viel Eigenverantwortung abgeben und sich komplett auf den Therapeuten verlassen (z. B. ängstliche oder dependente PatientInnen).

Eine eigene Erfahrung sei an dieser Stelle zur Illustration geschildert: Eine 18jährige Patientin kommt direkt aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis und auf Geheiß einer niedergelassenen Kollegin mit der Diagnose schwere Depression und akute Suizidalität zur stationären Aufnahme auf die offene akutpsychiatrische Station. Als sie mir im Aufnahmegespräch gegenüber sitzt, äußert sie auf entsprechende Nachfragen konkrete, andrängende Suizidgedanken, gleichzeitig nehme ich bei der Patientin eine sehr ambivalente Behandlungsmotivation wahr. Dann äußert sie, sie habe Heimweh, und sie wolle jetzt gehen. Ich sehe mich gezwungen, sie aufzuklären, dass ich sie unter diesen Umständen – akute, konkrete Suizidalität in Kombination mit fehlender Krankheitseinsicht – nicht ohne weiteres gehen lassen kann und mache sie auf die Möglichkeit aufmerksam, sie nötigenfalls gegen ihren Willen nach Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) unterbringen zu lassen. Die Patientin bekommt Angst, und mir wird auch ganz blümerant: So viel Macht will ich nicht ausüben müssen. Lieber wäre mir ein einvernehmlicher Behandlungsversuch auf der Basis einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Aber ich würde mich nicht scheuen, ggf. eine gesetzliche Unterbringung zu initiieren in der Überzeugung, es zum Schutz ihrer Gesundheit und ihres Lebens zu tun. Zum Glück ließ sich die Patientin auf eine Übernachtung auf der Station ein und ging dann mit Einverständnis und dem Versprechen der Eltern, sich rund um die Uhr um sie kümmern.

L. K. Flach (2011, S. 39) schreibt: „Für das Gelingen einer Psychotherapie ist es wichtig, dass beide Seiten sich ihrer Möglichkeiten und Potenziale bewusst sind und dass das Thema Macht offen besprochen wird. [...] Der Grad der Bewusstheit und der Reflexion von Machtprozessen ist [...] ausschlaggebend für die Qualität der therapeutischen Interaktion. [...] Als derjenige, der das Setting der Beziehung bestimmt, ist der Therapeut für das Einhalten der Rahmenbedingungen verantwortlich. [...] Der Erfolg einer Therapie steht und fällt [...] mit dem Therapeuten und seiner Reife.“

4. Akzeptable Formen der Ohnmacht in der Psychotherapie

Als Psychotherapeut kommt man nicht umhin, Ohnmachtssituationen zu erleben. Ich möchte sogar behaupten: Als Psychotherapeut muss man mit dem Gefühl von Ohn-



macht konstruktiv umgehen lernen, d.h. sein Wissen, seine Erfahrung und sein Können realistisch einschätzen können, seine „blinden Flecken“ kennen, Grenzen akzeptieren und Nichtkönnen offen kommunizieren können, sonst hat man den Beruf verfehlt!

Alltagsbeispiele für typische Ohnmachtserfahrungen des Psychotherapeuten im Umgang mit PatientInnen seien hier ausgeführt:

1) Am deutlichsten wird das im Falle des erfolgreichen Suizids eines Patienten. Man hat sich mit all seiner Erfahrung und all seinem Können eingebracht. Man hat sich in vielen Teamsitzungen gemeinsam mit anderen TeamkollegInnen den Kopf zerbrochen, wie man der Patientin helfen kann, ihr Leid lindern kann, vielleicht sogar im Rahmen mehrerer stationärer Aufenthalte. Man hat die Patientin vielleicht durch diverse suizidale Krisen hindurch begleitet. Vielleicht hat man in seinem helfenden Bemühen die Patientin auch anderen KollegInnen empfohlen, von einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting in eine psychosomatische Fachklinik verlegt oder umgekehrt in der Hoffnung, dass man ihr dort besser helfen kann. Und dann liest man doch eines Tages in der Zeitung von ihrer Todesanzeige oder hört, dass sie sich nun doch erfolgreich suizidiert hat. Dann fühlt man sich ohnmächtig, traurig und wütend, weil einem unmissverständlich und endgültig die Grenzen der eigenen Wirkmächtigkeit aufgezeigt werden. Eventuell noch vorhandene „restneurotische Allmachtsfantasien“ bekommen hier erneut einen empfindlichen Stutzer. Und das ist gut so: Nur indem man sich auf seine realistische Größe beschränkt, kann man wirklich wirkmächtig sein.

2) Oder man sitzt einem jungen Menschen mit einer drogeninduzierten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gegenüber. Man versucht ihm im psychoedukativen Sinne das Krankheitsbild, Ursachenmodelle und Therapiemöglichkeiten nahe zu bringen, vermittelt hilfreiche Fertigkeiten im Umgang mit dysfunktionalen Gedankenautomatismen, der Wahrnehmung von Stress und Frühwarnzeichen und erarbeitet mit dem Patienten Krisenbewältigungsstrategien und einen Notfallplan, versucht ebenso, ihm dabei zu helfen, die potentiell kränkende, schockierende Diagnose in sein Selbstbild zu integrieren. Man hofft auch auf die Einwirkung erfahrener MitpatientInnen. Vielleicht kann er ja von denen etwas annehmen und umsetzen, denn die wollen ihn ja nicht bekehren, gehören nicht zum feindlich empfundenen psychiatrischen System. Doch der Patient geht, noch gar nicht voll remittiert, noch nicht zu Ende therapiert und medikamentös richtig eingestellt, gegen ärztlich-therapeutischen Rat. Und er erkrankt wieder, er hat wieder Drogen genommen. Und er wird wieder aufgenommen. Diesmal hat ihn die Freundin bereits verlassen, der Arbeitgeber murrte wegen des erneuten Fehlens am Arbeitsplatz. Und wieder geht der Patient vorzeitig. Wir können ihn nicht zurückhalten, er ist ja freiwillig da und nicht akut fremd- oder eigengefährdet. Beim dritten Aufenthalt wird ihm vom Arbeitgeber gekündigt. Inzwischen zeigt die Psychose ihre Folgewirkungen: der Patient wirkt emotional verflacht, kann sich nicht mehr so gut konzentrieren, das bislang brillante Gitarrenspiel wirkt „hölzern“, seine Gesangsstimme „dünn“ und „schwach“. Die vierte Exazerbation seiner Psychose geschah, ohne dass er im Vorwege Drogen genommen hatte, sie hatte sich „verselbständigt“. Dann fühlt man sich als Psychotherapeut ohnmächtig, weil man das Gefühl hat, man konnte ihm mit seinem Wissen und seiner Erfahrung nicht helfen bei der Akzeptanz von und dem selbstfürsorglichen Umgang mit dem psychotischem Erkrankungsbild.

3) Da ist die Anfang 20jährige Patientin, die mit einer depressiven Symptomatik zur stationären Aufnahme kommt. Sie hatte sich lange gescheut, diesen Weg zu gehen.



Früh hatte sich der Vater von der Mutter der Patientin, der Patientin und ihrem jüngeren, schwer behinderten Bruder getrennt und war weggezogen. Die späteren Besuche der Kinder waren ihm wegen der ganz offensichtlichen Behinderung seines Sohnes peinlich; die Treffen liefen immer nach einer genau vorab geplanten „Choreographie“ des Vaters ab und waren wenig kindgerecht.

Der Bruder erforderte viel Aufmerksamkeit von der Mutter, die selber wiederholt unter Depressionen litt. Später funktionalisierte die Mutter die Patientin als Seelentrösterin und Partnerersatz, intrigierte deswegen auch gegen sämtliche Freundschaften der Patientin. Die Patientin lernte also schon früh, sich zurückzunehmen; es ging nie um sie. Sie entwickelte einen unbewussten Versorgungs-Autarkiekonflikt mit einer großen Enttäuschung am frühen Objekt, einer tiefen Sehnsucht nach einem versorgenden Objekt und einer Unsicherheit im Selbstwertgefühl bei ansonsten gut integrierter Ich-Struktur. Sie versuchte ihre eigenen Bedürfnisse zurückzunehmen, bedürfnislos zu erscheinen und problemlos zu funktionieren, um ja niemandem zur Last zu fallen.

Auslöser für die aktuelle Dekompensation war die von der Patientin initiierte Trennung von der Mutter „aus Gründen des Selbstschutzes“, wie sie sagte. Doch sie vermisste sehr „eine genügend gute Mutter“, wie sie unter Tränen immer wieder schilderte.

Im Stationsteam rief sie in der Gegenübertragung sogleich be-elternde Verhaltenstendenzen hervor, denen gegenüber die Patientin zunächst ambivalent eingestellt war, die sie aber zunehmend annahm. Alle mochten sie. Die Therapie ging gut voran. Nun klagte die Patientin allerdings über fortwährendes Zittern in den Händen, welches das Behandlungsteam zunächst an ein angstäquivalentes Körpersymptom denken ließ. Dieses Händezittern war allerdings permanent vorhanden und unabhängig vom inneren Erregungsniveau. Dann kamen Kopfschmerzen hinzu, in relativ kurzer Abfolge Schwindel und Sehstörungen. Im MRT dann der schockierende Befund: ein riesengroßer Tumor im Thalamusbereich (Hirnstammregion) war zu sehen, der sofort einen neurochirurgischen Eingriff erforderte. Noch während die Verlegungsbemühungen im vollen Gange waren, trübte die Patientin ein. Mit Krankentransportwagen und in Begleitung des Notarztes wurde sie in die Neurochirurgie verbracht, wo bei ihr nach der Operation ein Astrozytom 3. Grades mit infauster Prognose diagnostiziert wurde. Alle im Behandlungsteam fühlten sich unsagbar schlecht, traurig, hilflos und ohnmächtig. Warum schlug das Schicksal so grausam bei dieser Patientin zu, bei der es seit langem Mal wieder oder überhaupt zum ersten Mal um sie ging und sie Be-Elterung genießen konnte?! Es lag nicht in unserer menschlichen Macht.

4) Auch in anderen Kontexten erlebt man in seiner psychotherapeutischen Arbeit oft Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ärger, sadistischer Wut etc. – projektiv durch den Patienten im Psychotherapeuten untergebrachte Gefühle, mittels derer er das Gegenüber unmittelbar spüren lässt, wie es ihm geht. Das ist vor allem bei ich-strukturell mäßig integrierten Personen mit traumatischen Erfahrungen der Fall, die ihre unbewusste Konfliktspannung nicht innerpsychisch verarbeiten, sondern interpersonell ausagieren. T. Giernalczyk und J. Kind (2008, S. 215) erläutern in Zusammenhang mit dem therapeutischen Vorgehen bei manipulativer Suizidalität:

„Aufgrund der Projektionsvorgänge ist es günstig, wenn der Therapeut sein Erleben von Ohnmacht und Wut auch als Indikator versteht, dass der Patient möglicherweise ähnliche Gefühle (unbewusst) erlebt [...] In der projektiven Identifikation



erlebt der Therapeut die Welt vorübergehend ähnlich wie der Patient. Unter Umständen ist der Patient durch die „emotionale Ansteckung“ des Therapeuten kurzfristig entlastet. Vor diesem Hintergrund sind heftige negative Gefühle des Therapeuten auch als Signale bzw. diagnostische Hinweise auf die emotionale Situation des Patienten und der Patient-Therapeut-Beziehung zu verstehen.“

Weiter schreiben sie, es spielen im Zusammenhang mit Suizidalität

„Container-Contained-Prozesse in der psychodynamischen Therapie eine wichtige Rolle: Der suizidale Patient braucht einen Container, die Psyche des Therapeuten, die genug freie Kapazität zur Verfügung stellt, damit nicht aushaltbares, nicht verstehbares und noch nicht in Sprache fassbares teils unbewusstes Material des Patienten einen „Nistplatz“ findet, wo es [...] verstanden, eingeordnet, in Sprache gebracht und bewusstseinsfähig wird. Anschließend wird es in dieser veränderten (metabolisierten) Form dem Patienten wieder zur Verfügung gestellt“ (a.a.O., S. 212).

Dieser Prozess ist für PsychotherapeutInnen oft anstrengend und unangenehm (Wer will schon immer wissen, dass er zu diesen Gefühlen in der Lage ist?!), aber nicht schlimm – weil verständlich. So ein Prozess provoziert immer wieder Konflikte in einem Behandlungsteam. Da gibt es welche, die eine mütterlich-wohlwollende, unendlich geduldige, schonende, behütende, auf Nachreifung fokussierte Haltung haben. Es sind dies bevorzugt EinzeltherapeutInnen (Modell „Säuglingsstation“). Andere meinen, der Patient sei unmotiviert, er führe das Team an der Nase herum, er müsse sich an die Regeln halten genau wie alle anderen, den Patienten müsse man disziplinieren, ansonsten müsse man ihn entlassen. Diese Äußerungen kommen bevorzugt von Pflegekräften (Modell „Arbeitslager“). Das ist zum großen Teil strukturell bedingt: EinzeltherapeutInnen können sich hinter ihre Anordnungen und ihre Bürotüren zurückziehen. Pflegekräften kommt dann oft die Rolle zu, die disziplinarischen Anordnungen umzusetzen, sie sind ständig auf der Station präsent und können sich nicht in ihr Zimmer zurückziehen.

Diese unterschiedlichen, heftigen, einander widerstreitenden Gefühle und Haltungen sind Ausdruck von dem Bemühen des Patienten, den Anderen verstehen zu lassen, wie es ihm geht, im Umgang mit sich selbst und in Beziehung mit anderen. Nicht verbal, sondern eben indirekt durch sein Verhalten. Als Psychotherapeut kennt man die Quelle dieser Ohnmachtsgefühle, man kann sie verorten, verstehen und therapeutisch nutzbar machen.

In diesem Zusammenhang betrachte ich das Tagungsmotto „Ohnmacht – Nein danke!“ unpassend. Verleugnete man Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit in sich, drohte die Gefahr dessen, was man in der psychodynamischen Psychotherapie „gemeinsamen Widerstand“ nennt. Das helfe dem Patienten überhaupt nicht! Es geht ja darum, dem anderen zu zeigen: So bist Du und ich teile das mit Dir! (vgl. R. Funk 2009, S. 84ff.)

Je weniger man sich als PsychotherapeutIn seiner eigenen „Abgründe“ bewusst ist, je mehr man Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Sadismus oder Narzissmus vor sich verleugnet, desto eher könnte es sein, dass man PatientInnen funktionalisiert, verzweckt, ja missbraucht.



Wirth (2003) (zitiert nach A. Schleu et al. 2008, S. 379) schreibt: „Immer dort, wo ein starkes Machtgefälle auftritt, also zwischen Eltern und Kindern, zwischen Pflegern und Hilfsbedürftigen, zwischen Arzt und Patient [...], existiert für denjenigen, der die Macht inne hat, die Versuchung, seine verdrängten und unbewältigten Erfahrungen von Ohnmacht und Hilflosigkeit, über die jeder Mensch verfügt, dadurch zu lindern und abzuwehren, dass er sie dem unterlegenen Partner zufügt.“

5) Inakzeptable Formen der Ohnmacht in der Psychotherapie

In einem anderen Zusammenhang sind für PsychotherapeutInnen Gefühle wie Irritation, Unwohlsein oder Ohnmacht sehr viel unangenehmer als innerhalb von therapeutischen Beziehungen, weil die Quelle oft im Sinne einer „anonymen Autorität“ unkonkret bleibt (typische Ausdrucksformen: „Wir müssen das machen“, „Das wird von uns gefordert“ „Wir kommen nicht umhin, das zu tun“), weil das Gefühl dauerhafter ist, weil einen das Gefühl einer „Pathologie der Normalität“ (vgl. E. Fromm 1982, S. 20ff) beschleicht, d.h. weil das Gefühl nicht vor allem Ausdruck einer konkreten psychotherapeutischen Interaktion zwischen zwei konkreten Menschen in einer therapeutischen Arbeitsbeziehung ist, sondern universell in Kliniken „grassiert“, wo immer man sich umhört, und weil die Möglichkeiten des Umgangs damit deshalb schwieriger sind.

Welche Situationen im Sinne von daily hassles sind das zum Beispiel?

- Die im Rahmen von Zertifizierungsbemühungen zu erfüllenden Joker-Kriterien werden zu Muss- oder sogar KO-Kriterien; die Messlatte für eine erneute Zertifizierung wird also nicht immer nachvollziehbar kontinuierlich höher gelegt, eine erneute Zertifizierung bindet kontinuierlich mehr Personen, Zeit und Geld – bei knappen Ressourcen.
- Der finanzielle, personelle und zeitliche Aufwand zur Erfüllung von Kriterien des Qualitätsmanagements steigt kontinuierlich. Gleichzeitig werden Neueinstellungen z.B. im Pflegebereich (also dort, wo primär Qualität geschaffen wird) oftmals über Servicegesellschaften vorgenommen, was in der Regel eine schlechtere Bezahlung bedeutet. Bereits langfristig, d.h. nicht über Servicegesellschaften angestellte Teilzeitpflegekräfte, die mehr arbeiten möchten, sind zu teuer, eine Stundenaufstockung wird deswegen oft nicht gewährt. Engpässe im pflegerischen Bereich sind die Folge.
- Die Betten sollten aus wirtschaftlichen Gründen stets vollständig belegt sein.
- TherapeutInnen sind gehalten, konflikt- und ressourcenorientiert zu intervenieren, sollen aber vor allem so defizitorientiert in den Gesprächsverläufen dokumentieren, dass die Unterlagen einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) standhalten.
- Der Druck, die Belegzeiten zu verkürzen, wird erhöht. Der Reha-Kostenträger diktiert, die durchschnittlichen Liegezeiten sind (z. B. von 42 auf 35 Tage) aus rein ökonomischen Gründen zu verkürzen. TherapeutInnen haben es umzusetzen, egal wie. Bei Nichterfüllung wird mit einem Belegungsstopp gedroht, was für kleinere Privatkliniken schnell existenzbedrohlich sein könnte.
- Die Güte einer Behandlung wird vom Reha-Kostenträger quantitativ definiert, indem eine bestimmte Anzahl von Anwendungen pro Tag am besten 7 Tage die Woche zu erfolgen hat. PatientInnen beklagen sich über das kaum zu bewältigende Therapieprogramm und fordern eine 5-Tagewoche.



- Der Druck wird kontinuierlich erhöht, die Brieflaufzeiten so zu verkürzen, dass der endgültige Entlassungsbrief den PatientInnen am besten am Entlassungstag in die Hand gegeben wird – immer unter der Vorgabe, bei Nichterfüllung vonseiten der Reha-Kostenträger die Klinik nicht mehr zu belegen. Quantitative, messbare Kriterien, hier: Länge der Brieflaufzeiten, definieren die Güte einer Behandlung. Der Inhalt der Briefe spielt in diesem Zusammenhang eine untergeordnete Rolle (wohl aber im Peer-Review-Verfahren). Laufzettel definieren taggenau, wer in der Klinik was bis wann zu machen hat – unabhängig von Urlaubs-, Krankheits- und Vertretungszeiten.

Der dadurch sich schleichend erhöhende Druck hat Auswirkungen auf alltägliches therapeutisches Entscheiden und Handeln und damit die Macht bzgl.

- Diagnosestellung: Bestimmte Diagnosen wie z. B. „Angst und Depression gemischt“ oder „Anpassungsstörung“ rechtfertigen keinen akutstationären Aufenthalt. Hält man den Patienten dennoch für stationär behandlungsbedürftig, „muss“ man ihn offiziell diagnostisch „kränker“ machen. Wie entscheidet man? Bildet man die Objektivität ab und riskiert, hinterher den „Papierkram“ bzgl. Antrag auf Kostenübernahme, Widerspruch des Ablehnungsbescheids etc. erledigen zu dürfen? Oder schätzt man den Patienten im vornherein schwerer krank ein und versieht ihn damit möglicherweise mit einem Etikett, das „haftet“ und später womöglich zu Schwierigkeiten führt (z. B. einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden, verbeamtet zu werden oder eine Versicherung abschließen zu können).
- Medikation: Man könnte versucht sein, aus Gründen der „Kurvenkosmetik“ ein Medikament anzusetzen oder in der Dosierung zu verändern, was nicht primär aus medizinischen Gründen zwingend notwendig wäre, um später gegenüber dem MDK nachweisen zu können, dass man „was gemacht“ hat, was den vollstationären Aufenthalt rechtfertigt. Die Möglichkeit zur emotional korrigierenden Beziehungserfahrung im Rahmen einer kontinuierlich wachsenden vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist kein Argument für eine Zusage der Kostenübernahme eines akutstationären Aufenthalts.
- Interventionstechniken: Man wird ungeduldig, drängt auf kontinuierliche, hoch motivierte Mitarbeit auf Seiten des Patienten, ordnet ganz viele Therapien an, meint, in kurzer Zeit messbare Erfolge vorweisen zu müssen, wohl wissend, dass Entwicklungsprozesse nicht beliebig beschleunigt werden können. Damit überfordert man so manchen Patienten.
- Kostenverlängerungs- und Entlassungspraxis: Man muss jemanden aus formalen Gründen, weil die Kostenübernahmezusage abgelaufen und der Widerspruch abgelehnt worden ist, und nicht primär aus therapeutisch-inhaltlichen Gründen entlassen, denn das Wirtschaftsunternehmen Klinik kann es sich nicht im Übermaße leisten, Bettentage nicht bezahlt zu bekommen – und das, obwohl man weiß, der Patient ist noch nicht stabil genug, und einen nachstationären Behandlungsplatz gibt es noch nicht.

Als helfende Person in diesem vom Markt bestimmten Gesundheitssystem arbeitet man in einem Zustand einer chronischen leichten Schizophrenie: man muss klar unterscheiden lernen zwischen den Wünschen und Bedürfnissen von PatientInnen, den Wirtschaftsinteressen der Institution Klinik und dem eigenen Bedürfnis, sich vor Überforderung und Resignation zu schützen. In diesem Zusammenhang erlebe ich das Ta-



gungsmotto „Ohnmacht- Nein danke!“ als passend!

6) Ohnmacht verstehen

Wie kann man mit dem Gefühl von Ohnmacht umgehen?

Für mich ist eine hohe, aber realistische internale kognitive Kontrollüberzeugung hilfreich, d.h. es geht einem besser, wenn man etwas besser verstehen, erklären, vorher-sagen und dann vielleicht ja auch beeinflussen kann. Dabei sind Ausführungen von Giovanni Maio, Prof. für Bioethik und Medizinethik in Freiburg i. B. (vgl. G. Maio 2007, G. Maio 2011) und Prof. Dr. Christoph Schmeling-Kludas, Ärztlicher Direktor und Geschäfts-führer der Fachklinik Ginsterhof (vgl. Schmeling-Kludas 2008) sehr nützlich:

G. Maio (2011, S. 133) schreibt:

„Die Ökonomisierung der Heilberufe bedeutet einen Wandel vom Dienst am Menschen zum Kundendienst. Sie bedeutet einen Wandel von der Identität der Hilfe für Hilfesuchende zum unverbindlichen Angebot von frei wählbaren Dienstleistungen. In ethischer Hinsicht ist es notwendig, die tiefer liegenden Denkmuster, die mit dem Marktgedanken meist unmerklich mit eingeschleust werden, sichtbar zu machen und kritisch zu hinterfragen.“

Es sei in diesem Zusammenhang noch einmal an den Begriff der Frommschen Gesellschafts-Charakterorientierung (s. o.) und dessen Funktion erinnert: Es handelt sich um den Charakterkern, den die meisten Mitglieder einer Kultur gemeinsam haben. Und: Die Energien der Mitglieder einer Gesellschaft werden so geformt, dass sie so handeln wollen, wie sie handeln sollen und gleichzeitig darin eine Genugtuung finden (vgl. R. Funk 1983).

C. Schmeling-Kludas (2008) führt zum heutigen Selbstverständnis der Kliniken aus:

- Es vollzieht sich eine Wandlung vom karitativen Dienst zum Wirtschaftsunternehmen. Wie in der Marktwirtschaft generell stellen Expansion und Gewinnmaximierung die entscheidenden Unternehmensziele dar. Zum Verkauf angebotene psychotherapeutische Praxen werden von Klinikkonzernen aufgekauft, so dass stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen in die Hand eines einzelnen Wirtschaftsunternehmens gelangen. Angestrebt werden möglichst zweistellige Renditen, um weiter expandieren zu können.
- Das Verhältnis zwischen helfenden Personen und Patient wird als ökonomisches Tauschverhältnis definiert. Der Kranke kann – wie andere Kunden auch – frei und selbstbestimmt nach Dienstleistungen suchen. „Die Identität des Kunden ist auf seine Kaufkraft und sein Konsumverhalten reduziert. Gerade das ist aber bei in Not befindlichen Patienten unzulässig“ (C. Schmeling-Kludas 2008, S. 352).
- Gesundheitsleistungen werden zur Ware. Die Behandlung durch helfende Personen „wird zunehmend als austauschbar und letztlich vom Anbieter dieser Ware unabhängiges Gut betrachtet. Mit dieser Annahme, dass der Kranke einzig und allein durch die Anwendung von Techniken gesunden könnte, wird der Mensch [...] als eine Maschine vorausgesetzt, die nichts weiter braucht als eine technische Reparatur“ (a.a.O., S. 352).

Bereits 1957 schrieb Fromm in seinem Artikel mit dem Titel „Der Mensch ist kein Ding“:



„Völlig rationales Erkennen ist [...] nur bei Dingen möglich; Dinge können zerlegt werden, ohne dass man sie zerstört, sie können manipuliert werden. Der Mensch ist kein Ding; er kann nicht auseinandergenommen werden, ohne zerstört zu werden, er kann nicht manipuliert werden, ohne Schaden zu nehmen“ (Fromm 1981, S. 22; kursiv im Original).

Und weiter führt Fromm aus:

„Psychologie, Psychiatrie und Psychoanalyse sind in diesen universellen Prozess der Entfremdung mit einbezogen. Der Patient wird als Ding, als Summe vieler Teile gesehen. Einige dieser Teile sind schadhaft und müssen repariert werden, wie die Teile eines Autos der Reparatur bedürfen. Da und dort zeigt sich ein Defekt, den man als Symptom bezeichnet, und der Psychiater sieht es als seine Aufgabe an, die verschiedenen Defekte zu beheben und zu korrigieren. Er sieht den Menschen nicht als einzigartige Totalität an, die nur durch wirkliche Bezogenheit und Empathie ganz zu verstehen ist“ (a.a.O., S. 26).

Konkurrenzfähigkeit des Klinik Konzerns wird als Kriterium einer guten Medizin angesehen.

G. Maio (2011) kritisiert in seinem sehr lesenswerten Artikel:

Prozesse sind wichtiger als der Inhalt. In Zeiten der Dominanz des Qualitätsmanagements ist

„das Herzustellende [...] nicht etwas, was nur von einem persönlichen Therapeuten hergestellt werden kann, sondern es muss etwas Austauschbares sein, etwas was vom einzelnen Therapeuten unabhängig zu sein hat, etwas beliebig Wiederholbares, etwas Kontrollierbares und auch etwas Garantierbares [...] Das Resultat ist, analog zur Industrie, die Modularisierung und Standardisierung“ (G. Maio 2011, S. 133).

Es ist aber zu bedenken,

„dass das Gelingen des psychotherapeutischen Handelns im Sinne einer Herbeiführung einer Linderung oder gar Heilung nie garantiert werden kann. Ebenso erkennen wir sofort, dass gerade der behandelnde Therapeut nicht einfach austauschbar ist, weil es sich bei jeder Psychotherapie letztlich um eine Begegnung von Menschen handelt, die jeweils einmalig und in dieser Hinsicht gerade nicht wiederholbar ist [...] Zwar lassen sich bestimmte Tätigkeiten des Therapeuten überprüfen, vergleichen, manchmal gar messen [...] Das Messen kann für viele Methoden wichtig sein, und das Problem ist nicht das Messen an sich, sondern die Vorstellung, dass mit dem Messen des Messbaren bereits das Ganze der Therapie eingefangen werden kann“ (a.a.O., S. 133).

Schemata einzuhalten ist wichtiger als verstehende Begleitung:

„Die Gleichsetzung der Psychotherapie mit einer industriellen Betätigung führt dazu, dass allein die Art und Weise der Verrichtung selbst zählt und alles andere absolut untergeordnet wird. Zu dem allem anderen, was hierbei geopfert wird, gehört nicht zuletzt die persönliche Zuwendung; diese Zuwendung, das einführende Anteilnehmen, das persönliche Engagement, all das wird in Zeiten des Qualitätsmanagements immer mehr als idealistische Beigabe betrachtet, als ein Sahnehäub-



chen, auf das man in unseren Zeiten auch verzichten kann, weil es eben Wesentlicheres gibt, nämlich die Einhaltung von Qualitätsstandards, zu denen die persönliche Zuwendung kaum zählen kann, weil sich diese schlecht messen lässt“ (a.a.O., S. 134).

Bei jungen StudentInnen und BerufsanfängerInnen bemerke ich in Supervisionen oft eine Verunsicherung darüber, ob z.B. regelmäßige kurze Spaziergänge mit einer autistischen Patientin oder mit einem floride schizophrener Patienten „Therapie“ sei. Das sei doch nicht leitliniengemäß, das könne man nicht messen, wird von den jungen KollegInnen angemerkt. Ich sage dann oft: Sie bieten den Patienten etwas sehr Wertvolles an, wenn sie sie kontinuierlich, verlässlich, Nähe und Distanz richtig einschätzend im Krankheitsprozess begleiten. Ein Mehr an Therapie halten viele psychisch Erkrankte gar nicht immer aus. Der Inhalt der Gespräche ist nicht immer das primär Relevante. Aber eine tragfähige, verlässliche Beziehung hält PatientInnen oft in der Realität „verankert“ und gibt ihnen das sehr wichtige Gefühl, nicht isoliert zu sein.

Es sei noch einmal, diesmal mit C. Schmelting-Kludas (2008, S. 357; kursiv im Original) erinnert: „Die Psychotherapieforschung belegt [...]: Schulübergreifend bestätigte sich immer wieder der Befund, dass der Qualität der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient, beurteilt von Letzterem, der größte Vorhersagewert für den Therapieerfolg zukommt.“

Wert wird immer mehr auf eine Vertragsbeziehung anstatt auf eine Vertrauensbeziehung gelegt. „An die Stelle einer Fürsorgebeziehung tritt eine unverbindliche Dienstleistungsbeziehung“ (G. Maio 2011, S. 134). G. Maio hält dem entgegen, dass in der Kombination von der Beherrschung der Kunst der Psychotherapie und des Seins einer Persönlichkeit die eigentliche Verheißung einer guten Psychotherapie liegt. „Die Verbindung von Ökonomie und Naturwissenschaft macht aus der Kunst ein Handwerk und erklärt die Person des Therapeuten für unerheblich“ (a.a.O., S.135).

Es gäbe ein Credo der Planbarkeit und Machbarkeit:

„Je mehr die Psychotherapie im Vermarktungszusammenhang gesehen wird, desto mehr entsteht der Eindruck, dass der adäquateste Umgang mit einer solchen Psychotherapie das Konsumieren ist. Wenn es um die Herstellung von Produkten gehen soll, dann ist es nur folgerichtig, dass die Patienten glauben, sie könnten sich diese Produkte kaufen und bräuchten selbst nichts weiter dafür zu tun als – über die Krankenkasse – bezahlen zu lassen. Die damit verstärkte Haltung des Konsumierenkönnens unterminiert aber genau das, was für das Gelingen der Psychotherapie unabdingbar ist, nämlich die Anerkennung, dass die Arbeit der Bewältigung selbst zu leisten ist und dass der Therapeut hier nur unterstützen und etwas lenken kann, aber nicht mehr. Hier zeigt sich, wie wenig geeignet das Leitmotiv des Kunden ist, der eben nur König sein will und von Grenze und von Dankbarkeit erst recht nichts erfahren möchte“ (a.a.O., S.136).

Es kommt zu einer Vernachlässigung des nicht messbar Eigentlichen: Man macht einen Fehler, wenn man vor allem „aus dem Messbaren schließt, dass sich in dem, was gemessen werden kann, bereits alles niederschlägt, worauf es bei einer guten Behandlung ankommt“ (a.a.O., S. 136).

Das „Heilsame der Therapie (liegt doch) in der Art der Zuwendung, in der Kraft des au-



thentischen Verstehens. Diese Grundbedingungen der therapeutischen Beziehung sind es, die das Heilsame der Therapie erst zur Entfaltung bringen können“ (a.a.O., S. 136).

G. Maio (2011) konstatiert als Gegenmodell eine Psychotherapie als Zuwendung zum ganzen Menschen:

„Durch die Orientierung an der Ökonomie und die einseitige Aufwartung von Schemata wird der Blick verstellt auf die viel grundlegendere Problematik, die das Kranksein aufwirft, nämlich die Existenzfrage schlechthin“ (a.a.O., S. 136).

„In einem ökonomisch-naturwissenschaftlichen Paradigma wird allzu oft der Gedanke vernachlässigt, dass das Heilsame der Therapie gerade in der, dem therapeutischen Gespräch entspringenden Kraft des Patienten liegen kann, die Dinge der Welt, sein eigenes Leben anders zu sehen als zuvor“ (a.a.O., S. 137).

Genau das ist aber notwendig, wenn ein Patient mit der Diagnose „Schizophrenie“ oder „in Phasen verlaufende schwere Depression“ leben muss. Er muss sie in sein Selbstbild und in seine alltägliche Lebenspraxis integrieren. Hierzu noch einmal G. Maio (a. a. O., S. 137):

„Die Hilfe zur Annahme seiner Krankheit, die Hilfe zur Annahme seiner selbst ist wohl die am meisten unterschätzte Hilfe, die die Heilberufe anbieten können, sofern sie sich dieser ihrer Aufgabe bewusst bleiben und sich vom technisch-ökonomischen Paradigma befreien.“

7) Gedanken zu möglichen Wegen aus der Ohnmacht

Vor dem Tun steht das Verstehen oder: Vor der Therapie sollte eine vernünftige Diagnose stehen. In diesem Sinn wollen die obigen Ausführungen ein wenig zum besseren Verstehen von Gefühlen von Macht und Ohnmacht in der Psychotherapie beitragen. Psychotherapie ist eine Kunst! Sie ist ein in hohem Maße einmaliger Prozess und damit nicht unabhängig von der ausübenden Person zu denken, denn: Der Mensch ist kein Ding! (Vgl. E. Fromm 1981)

Darum sollten PsychotherapeutInnen ihr Rollenverständnis ständig kritisch reflektieren. In Intervention und Supervision sollte der Reflexion der gesellschaftlichen Bedingtheit unseres Tuns, unserer Definitionsmacht von „gesund“ und „krank“, unserer Gesellschafts-Charakterorientierung nach E. Fromm und der existentiellen Dimension unseres beruflichen Handelns mehr oder überhaupt Raum gegeben werden.

Auch die lebenslange Selbstanalyse sehe ich als sehr wichtig an, um die ¹ „blinden Flecken“ erkennen zu können. So kann vielleicht ja auch der Verzweckung und dem Missbrauch von PatientInnen vorgebeugt werden.

PsychotherapeutInnen sollten sich davor hüten, strukturelle Eigenarten unseres Gesundheitssystems ausschließlich dem persönlichen Versagen einzelner Individuen – auf PatientInnenseite wie auch BehandlerInnenseite – zuzuschreiben („kann nicht auf sich aufpassen“, „muss sich besser strukturieren lernen“, „kann sich nicht genügend abgrenzen“). PsychotherapeutInnen sind geschult darin, die Situation von PatientInnen individualpsychologisch zu betrachten – und vernachlässigen gesellschaftlich bedingte Prägungen und „kollektive Blindheiten“.

¹ ><http://www.aphorismen.de/zitat/11586>< und ><http://www.aphorismen.de/zitat/86621>< (22. September 2013).



Psychotherapie kann für Menschen ein hilfreiches Angebot sein, sich in diesen gesellschaftlichen Umbruchprozessen Unterstützung bei einer Neuorientierung, Reflexion und Selbstorganisation zu holen. Sie kann aber auch, wie Keupp es ausdrückt, „Trainingslager“ für Fitness im Turbokapitalismus sein und damit Ausdruck einer „Anpassungsmedizin“ (vgl. Keupp 2009). Psychotherapie ist deshalb nicht vor allem auf eine operative Dienstleistung zu reduzieren.

Psychotherapie kann und soll deshalb Gesellschaftsdiagnostik betreiben und diese auch öffentlich mitteilen: Die in den individuellen Problem- und Leidenszuständen einzelner Menschen enthaltenen gesellschaftlichen Hintergründe kann man entschlüsseln und sichtbar machen.

Das letzte Wort soll ein von L. K. Flach (2011, S. 115) interviewter Therapeut haben: Man müsse „sich als Therapeut [...] fragen: „Was ist für den Patienten richtig wichtig, was tut dem gerade gut? Was braucht der?“ Und diese Frage möglichst frei von irgendwelchen Störfaktoren wie Hierarchie, Kosten, Behandlungszeiten zu beantworten“, das sei „die beste Prävention (gegenüber Gefühlen der Ohnmacht), die man haben kann.“

Literatur

- Flach L. K (2011): Macht in psychotherapeutischen Beziehungen – theoretische Ansätze und Einzelfallbetrachtungen. Diplomarbeit an der Universität Bremen.
- Fromm, E. (1976): Haben oder Sein. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Fromm, E. (1981): Der Mensch ist kein Ding. DVA-Gesamtausgabe, Band 8, S. 21-27. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Fromm, E. (1982): Wege aus einer kranken Gesellschaft. Eine sozialpsychologische Untersuchung. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.
- Fromm, E. (1992): Gesellschaft und Seele. Sozialpsychologie und psychoanalytische Praxis. In: R. Funk (Hg.): Schriften aus dem Nachlass. Bd. 7, Weinheim und Basel: Beltz.
- Fromm, E. (2009): Den Patienten in seiner Ganzheit verstehen. In: R. Funk (Hg.): Erich Fromm als Therapeut. Einblicke in seine psychoanalytische Praxis aus Sicht seiner Schüler. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 15-55.
- Funk, R. (1978): Mut zum Menschen. Erich Fromms Denken und Werk, seine humanistische Religion und Ethik. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Funk, R. (1983): Erich Fromm. Mit Selbstzeugnissen und Bilddokumenten. Hamburg: Rowohlt's Bildmonographien.
- Funk, R. (2007): Erich Fromms kleine Lebensschule. Freiburg, Basel, Wien: Herder.
- Funk, R. (2009): Die „direkte“ Begegnung. In: R. Funk (Hg.): Erich Fromm als Therapeut. Einblicke in seine psychoanalytische Praxis aus Sicht seiner Schüler. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 81-95.
- Giernalczyk, T., Kind, J. (2008): Psychoanalytisch-tiefenpsychologische Konzepte von Suizidalität. In: M. Wolfersdorf, T. Bronisch, H. Wedler (Hg.): Suizidalität. Verstehen – Vorbeugen – Behandeln. Regensburg: S. Roderer. S. 197-218.
- Hermer, M., Röhrle, B. (2008): Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In: M. Hermer, B. Röhrle: Handbuch der therapeutischen Beziehung. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 15-105.
- Keupp, H. (2009): Psychische Störungen und Psychotherapie in der spätmodernen Gesellschaft. Psychotherapeut, 2, S. 130-138.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2008): Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In: M. Hermer, B. Röhrle: Handbuch der therapeutischen Beziehung. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 109-139.



Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

- Lohmer, M., Wernz, C. (2008): Psychotherapeuten und Macht. In: O. F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert (Hrsg.): WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf. Stuttgart: Schattauer. S. 291-302.
- Maccoby, M. (2009): Fromm wollte keine Frommianer sein. In: R. Funk (Hg.): Erich Fromm als Therapeut. Einblicke in seine psychoanalytische Praxis aus Sicht seiner Schüler. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 195-199.
- Maio, G. (2007): Medizin im Umbruch. Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin. Z Med Ethik 53: S. 229-254
- Maio, G. (2011): Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie. Psychotherapiejournal 2/2011. S. 132-138.
- Schleu, A., Hillebrand, V., Gutmann, T. (2008): Sozialrechtliche Grundlagen der Psychotherapie. In: R. Hutterer-Kirsch: Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit. Wien, New York: Springer. S. 363-401
- Schmeling-Kludas, C. (2008): Ökonomisierung und Psychotherapie. Psychotherapeut 5: S. 349-359.
- Weber, M. (1947): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Grundriß der Sozioökonomie. Tübingen: Mohr.