

Resilienz - Die Entwicklung professioneller Therapeuten und die Bewältigung therapeutischer Paradoxien

Einleitung

Freunde, die selbst nicht therapeutisch tätig sind, fragen manchmal, wie man das alles aushalte, all das Leid seiner Patienten, all die Tragik? Wie man dem allem zuhören könne, ohne entweder selbst daran zu zerbrechen oder schrullig zu werden? Therapeuten sind meist zurückhaltend darin, ihren Beruf mitzuteilen. Es gibt im wesentlichen drei Reaktionen: a) man wird sofort wegen eines „Problems“ in Anspruch genommen; b) man wird gefragt, ob man denn selber ohne Probleme sei; c) man hört den ängstlich-aufgeregten Aufschrei: „Dann durchschauen Sie mich sicher gleich!“. Mir persönlich will scheinen, daß die Erfahrung solcher Reaktionen uns gut beraten sein läßt, mit beruflichen Mitteilungen zurückhaltend zu sein, denn das voyeuristische Interesse ist groß, die Übertragungsbereitschaften stellen sich schnell ein, man hat mit eigenen Interessen meist wenig Chancen. Wie in der berufspolitischen Diskussion auch schwankt die Wahrnehmung des Therapeutenberufs zwischen großer Idealisierungsbereitschaft und vernichtender Geringschätzung; man wird einem schwierigen Gefühlsbad ausgesetzt. Das kann man in therapeutischen Sitzungen aushalten – und hat damit einen ersten Anhaltspunkt dafür, daß die Frage nach der Mitleidensfähigkeit irgendwie falsch gestellt ist. Wir zerbrechen nicht am Leid anderer Menschen; großes Leid ruft selbst bei Therapeuten große Hilfsbereitschaft und – fähigkeiten hervor. Irgendwie ist das nicht das Problem, sondern unsere Ohnmacht, unser Gequältsein, die Notwendigkeit der Zurückhaltung von Meinungen und Affekten.

Therapeutische Auto-Poiesis

Was macht uns zu schaffen? Ein winziges Beispiel:

Eine 23jährige, anorektische Patientin von 42 kg Körpergewicht, hochmütig, schwer zugänglich und abweisend, Studentin der Medizin mit hervorragenden Leistungen, fragt mich am Ende eines Erstinterviews, welches Honorar Therapeuten eigentlich erhalten? Und was sie bekommen, wenn die Therapie scheitert? Die Frage hat etwas Herausforderndes, mir ist sofort klar, dass ich mit den üblichen Erklärungen des Krankenkassensystems an dieser Stelle nicht antworten darf. Ich schweige und fühle mich gepeinigt von meiner Blödheit, weil mir nichts einfällt, ich merke, wie auf ihrem Gesicht erst ein erstaunter, dann ein kaum merklicher höhnischer Ausdruck sich einstellt und fühle mich noch unterlegener, richtig gequält, als sich das Schweigen ausdehnt – es

sind nur wenige Sekunden, die mir sehr lang vorkommen. Schließlich sage ich, die Frage wiederholend: „Was Therapeuten bekommen, wenn die Therapie scheitert? Schmerzensgeld!“ Und falle, tief dankbar, daß mir dieser Einfall zugespielt wurde aus irgendeinem seelischen Winkel, beinahe in ein erleichtertes Lachen. Nur beinahe, aber ich sehe, wie sie lacht und dann ernst wird. Und ich merke, sie hat plötzlich, für einen „now moment“ (Stern 2004) verstanden, daß sie nicht nur leidet, sondern etwas tut, was andere quält. Es war nicht ihr, es war mein Leid, das mir zu schaffen gemacht hat.

Wenn wir Resilienz als Fähigkeit beschreiben, therapeutische Krisen ohne dauernde Beeinträchtigung durchzustehen, dann könnte die Frage also eher sein, welcher Art diese Krisen sind? Kann es eine Entwicklung therapeutischer Resilienz geben? Was brauchen wir, um aus solchen Krisen heraus zu kommen? Dazu will ich hier einen Beitrag versuchen. Ich unterstelle dazu die Grundannahmen als bekannt, wie sie die Systemtheorie beschrieben hat, wie z.B. den Verzicht auf die vollständige Beherrschung von lebenden Systemen, die damit verbundene Toleranz für eigene wie für fremde Fehler und die dem metaphorischen Stehaufmännchen zugesprochene Fähigkeit zur Selbstregeneration.

Ich will statt dessen von Selbst-Generierung sprechen. Das wäre der Fall von therapeutischer Autopoiesis, die sich nach Luhmann (1984, S. 600 ff.) ja bekanntlich auf drei Ebenen vollzieht: Es gibt eine *basale*, eine *prozessuale* und eine *reflexive* Ebene der Wiederherstellung des therapeutischen Selbst. *Basal* ist, daß wir morgens aufstehen und uns in den Zustand der täglichen Verhandlungsfähigkeiten bringen. Das ist basale Voraussetzung für alles weitere. Hierher gehört dafür zu sorgen, daß wir nicht etwa übermüdet sind; dieser Vollzug von Aufmerksamkeitsleistungen erfordert - beständige Aufmerksamkeit, damit die Einheit des systemischen Vollzugs überhaupt gelingen kann.

Auf der prozessualen und reflexiven Ebene jedoch muß das therapeutische System seine Einheit nicht dauernd *vollziehen*, es muß sie nur als solche *bezeichnen* können. Auf der prozessualen Ebene hat das therapeutische Selbst v.a. das Problem seiner Reproduktion: Es muß an jede Operation eine neue Operation vom gleichen Systemtyp anschließen können, um sich zu reproduzieren. Da unsere Operationen vor allem kommunikativer Natur sind, müssen wir *prozessual* hinreichend deutlich machen, daß das, was wir tun, Therapie ist und nicht einfach nur Gequatsche.

Auf der reflexiven Ebene tauchen jedoch besondere Schwierigkeiten auf, denn es gibt überhaupt keine verbindliche Definition von Therapie, jedenfalls keine, die nicht von berufener Seite mit guten Gründen sofort und nachhaltig mit guten Argumenten widersprochen werden könnte. Wie also könnte begründet werden, daß das, was in einem Zimmer gesprächsweise stattfindet, Therapie ist und nicht etwa nur „Gespräch“ oder „Flirt“ oder irgendetwas anderes? In der Medizin sind solche kontextuellen Rahmungen meist umstandslos gegeben; schon der weiße

Kittel markiert neben vielen anderen kontextuellen „markern“, daß hier „ärztliche Behandlung“ stattfindet.

Wir müssen damit leben, daß Therapie so wenig wie Musik definiert werden kann, die reflexive Ebene ist ein Problem. Der Komponist John Cage hat sich über die Definitionswut seiner Musikkollegen einmal lustig gemacht, indem er ein Stück „4' 33““ genannt hat. Vier Minuten und 33 Sekunden Schweigen, „aufzuführen mit einer beliebigen Menge an Instrumenten“, wie es in der Anweisung des Komponisten dazu heißt. Musik, so würde man erwarten, sollte definiert werden können, um sie vom Geräusch unterscheiden zu können; denkt man aber an die immense Bedeutung der musikalischen „Pause“, merkt man, dass das nicht geht. Man muß mit undefinierbarkeiten leben, es gibt nur praktische Erklärungen, wofür Cage das prototypische Beispiel liefert. Nimmt man sich ein Beispiel daran, darf man auch die Psychotherapie als *allgemein* nicht definierbar, aber *individuell* immer realisierbar (Buchholz 2004) bezeichnen. Sie vollzieht ihre Einheit basal und prozessual, sie demonstriert jedem Patienten ad oculos, was Therapie ist; auf der reflexiven Ebene aber steht die Bezeichnung der Einheit des Systems aus und ist möglicherweise wie in der Musik nicht zu definieren, sondern nur zu vollziehen. Ich wende mich kurz einer naheliegenden ersten Frage, die daraus resultiert, zu.

Ist empirische Forschung die Reflexionsebene der Profession?

Die berufspolitischen Debatten um den Primat dieser oder jener Therapieschule, um den höheren Wert dieser oder jener veränderungswirksamen Intervention, versuchen auf der reflexiven Ebene eine *globale* Einheit des Systems Psychotherapie mit empirischen Mitteln zu erzwingen (Reiter und Steiner 1996, Buchholz 1999, Fürstenau 2002). Aber kann die derzeitige empirische Forschung überhaupt als reflexive Ebene in Anspruch genommen werden? Ist sie *konstitutiv* für das System Psychotherapie? Hat es nicht Psychotherapie schon gegeben *vor jeder* empirischen Forschung? Man gesteht sich allmählich ein, daß da irgendetwas nicht funktioniert. Ich nenne ein paar wenige Beispiele für diesen allmählichen Zweifel daran, ob empirische Forschung als reflexive Ebene in Anspruch genommen werden kann.

Fonagy und Roth (2004), wirkliche Kenner und Experten auf dem Gebiet der empirischen Psychotherapieforschung, halten kürzlich fest (S. 301), daß im Scientist-Practitioner-Modell "die Entwicklung vieler Innovationen in der Psychotherapie einer Hierarchie der Vorgehensweisen (folge), beginnend bei der klinischen Beobachtung, die sich auf die klinische Theorie stützt und mit ihr verbunden ist" (Fonagy und Roth 2004, S. 301). Was hier dargestellt wird, ist eine Reihenfolge. Tatsächlich untersucht die Forschung mit einer Zeitverzögerung von etwa 20 Jahren Beobachtungen aus dem klinischen Alltag (Westen et al. 2004). Die professionelle Praxis geht hier der Wissenschaft voraus. Fonagy und Roth bieten einen exzellenten, an einzelnen

Krankheitsbildern orientierten Überblick über die outcome-Forschung, zweifeln aber mittlerweile erheblich den Wert von „randomized controlled trials“ als allein seligmachender empirischer Entscheidungsgrundlage an. Darin stimmt ihnen Franz Caspar zu, einst Schüler von Grawe und längst selbständiger Wissenschaftler in Freiburg, mit dem ich im September 2004 auf dem hessischen Psychotherapeutentag das Vergnügen zu diskutieren hatte. Andere Autoren zweifeln ebenfalls an der Berechtigung, Behandlungsentscheidungen im wesentlichen von den Ergebnissen der „randomized controlled trials“ abhängig zu machen. So Rothwell (2005) mit erheblichen Bedenken bereits für die medizinische Praxis, nicht allein für die Psychotherapie. Es bleibt erstaunlich, daß die deutlichste Kritik an der Manualisierung von nicht-psychoanalytischen Autoren kommt, aber immerhin haben sich auch Fonagy und Roth dazu geäußert:

"Es ist vielleicht ausreichend zu sagen, daß wir uns nicht vorstellen können, dass Leitlinien, wie ausgereift auch immer, klinische Kompetenz und Erfahrung je ersetzen können werden, genauso wenig wie die Straßenverkehrsordnung geschicktes Fahren ersetzen kann" (Fonagy und Roth 2004, S. 312).

Wenn es also mehr auf Geschick ankommt als auf Regeln, dann könnte man vielleicht sagen: Wir brauchen auch Resilienz gegen den Trend zur Manualisierung. Um das zu unterstreichen, formulieren Fonagy und Roth:

"Die Forschung - mit ihrer Ausrichtung auf ausgewählte Patientenpopulationen - kann Therapeuten nicht sagen, wie sie einzelne Patienten behandeln sollen" (Fonagy und Roth 2004, S. 312).

Das ist, in der hier eingeschlagenen Betrachtung der Ebenen systemischer Selbstreferenz, das Eingeständnis, dass die empirische Forschung die therapeutische Praxis nicht *determinieren* kann. Dass sie sogar schaden könnte, hat im Zusammenhang der Debatten um die „empirically supported therapy“ ein Autor, William Henry (1998, S. 126), mehr als deutlich gemacht:

“Wenn ich diesen Beitrag vor einigen Jahren hätte liefern sollen, hätte ich wahrscheinlich gesagt, meine größte Sorge sie, daß die psychotherapeutische Forschung *keinerlei* Wirkung auf die klinische Ausbildung habe. Heute jedoch ist meine größte Angst, daß sie das *hat* – daß psychotherapeutische Forschung tatsächlich einen tiefen *negativen* Einfluß auf die klinische Ausbildung haben könnte“.¹

Das sagt ein empirischer Forscher, der selbst an großen Studien wie der Vanderbilt-Study in den USA mitgearbeitet hat und er ist nicht die einzige Stimme dieser Art. Darin liegt für mich eines der interessantesten Phänomene in meiner jahrelangen Auseinandersetzung mit empirischer Forschung in der Psychotherapie; sie kommt allmählich an einen Punkt, wo sich ihre eigenen Ermittlungen gegen sie selbst zu wenden beginnen könnten. So argumentiert auch Wampold (2001)². In einem fabelhaften Überblick der großen Detailprobleme schwächen Drew Westen et

¹ „If I had given this talk several years ago, I might have said that my greatest fear was that psychotherapy research would have *no* effect on clinical training. Today, my greatest fear is that it *will* - that psychotherapy research might actually have a profoundly *negative* effect on future training.“

² Siehe dazu meine ausführliche Besprechung von Wampold in Heft 7 der Zeitschrift „Psyche“, 2003; auch im internet unter www.dgpt.de („Wissenschaft“ anklicken) zu finden.

al. (2004) die Forderung nach empirischer *Validierung* deutlich ab³; professionelle Praktiker hätten sich empirisch zu *informieren* – und wer wollte *dagegen* etwas haben?

Es geht dabei ausdrücklich nicht um forschungsfeindliche Einstellungen! Vielmehr geht es um die Frage, ob empirische Forschung als *reflexive* Selbstreferenz konstitutiv ist für die Autopoiesis des Systems Psychotherapie oder ob sie nicht vielmehr eine externe Beobachtung darstellt? Als solche hat sie ihren eigenen Wert, aber ihr Anspruch, etwa mit Manualen vorschreiben zu wollen, was Psychotherapie ist, könnte begründet in Schranken gewiesen werden.

Luborsky et al. (1997) haben ihrerseits die These aufgestellt und empirisch geprüft: „The Therapist Matters“ - es kommt auf den Therapeuten, auf seine eigene Überzeugung von der von ihm vertretenen Methode, der von ihm durchgeführten Maßnahmen an. Daß es gute Verhaltenstherapeuten gibt, braucht niemand zu bezweifeln; aber Zweifel sind geboten, ob es sich um die Wirkung einer *M e t h o d e* handelt, die hier überprüft wurde (Schlüter 2005). Henry, Schacht, Strupp et al. (1993, S. 438) haben dies am Beispiel der Manualisierung (von Time-Limited-Dynamic-Psychotherapy (TLDP)) gezeigt. Gute Therapeuten, die für ein Untersuchungsdesign genötigt werden, sich nach Manualen zu richten, werden schlechter!

Es kommt demnach in Psychotherapien auf weit mehr an, als auf die Applikation einer geeigneten Technologie der Verhaltensänderung; dies jedenfalls kann man unter Berufung auf empirische Forschung sagen.

Und als letzten Beleg für die These vom Verlust der Deutungshoheit empirischer Forschung *über* die Profession zitiere ich aus der Stellungnahme des deutschen Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001):

"Angesichts der in vielen Studien belegten und erfahrungsgestützten Beobachtung, daß Deutungen, Erwartungen, Wunsch- und Zielvorstellungen des Patienten sowie weitere psychosoziale Faktoren im Informations- und Deutungs Austausch zwischen Patient und Arzt den Krankheitsverlauf maßgeblich mitsteuern, ist eine stärkere Beachtung der personalen Interaktion als Qualitätskriterium ärztlicher Interventionen erforderlich."

Selbst in der Medizin sind nur 4% aller Leistungen evidenzbasiert, für 51% aller Leistungen gibt es überhaupt keine Evidenz. Es ist in der Psychotherapie wohl so, wie es Powers in seinem Roman „Der Klang der Zeit“ über den Physiker David sagt:

"Keiner könnte sagen, was David macht. Nichts Greifbares. Er nimmt ihnen einfach nur die Scheuklappen ab. Führt sie durch ihren hermetischen Raum, bis sie die verborgene Tür finden. Er malt ihnen etwas auf die Serviette, verlässt sich eher auf Bilder als auf Gleichungen. ... Seine Kollegen tun es als bloße Metapher ab" (Powers 2004, S. 490).

Keiner könnte *sagen*, was Therapeuten tun – das *Sagen*, die Theoretisierung, ist das schwierig Gewordene. Eben das verweist auf die reflexive Ebene, nicht auf die basale und prozessuale. Aber bei David wirkt es Wunder, er nimmt Scheuklappen ab, läßt verborgene Türen finden und

³ Siehe dazu meinen Überblick in „Psycho-News-Letter“ Nr. 25, in meinem Buch „Psycho-News II – Neue Briefe zur Erweiterung der Psychoanalyse“, Psychosozial-Verlag Giessen (2006)

er nutzt die Metapher ausgiebig, von der wir mittlerweile wissen, daß sie vom verachteten Aschenputtel zur Prinzessin avanciert ist (zusammenfassend Buchholz und Gödde 2005).

Was ist therapeutische Entwicklung?

Wenden wir uns aber nicht einer Mystifizierung der geheimnisvollen Therapeuten-Persönlichkeit zu. Ich schlage vor, empirische Befunde in einer bestimmten Weise für den Aufbau von Resilienz zu nutzen. Ein klarer Befund (Hayes 2004, Weiss 1993) ist z.B., daß Therapeuten auf aggressive Akte ihrer Patienten nicht mit Gegenaggressionen reagieren – aber was befähigt sie eigentlich dazu? Daß Therapeuten sich entwickeln, an Erfahrung zunehmen und manchmal sogar an Weisheit, ist vor allem von einem Norweger, H.M. Ronnestadt beschrieben und untersucht worden (Ronnestadt und Skovholt 1997, 2001, 2003; Goodyear et al. 2003, Fouad 2003, Orlinsky und Ronnestad 2005). Ronnestadt hatte für die Entwicklung von Therapeuten ein Phasen-Modell vorgeschlagen, das u.a. dazu gedacht ist, daß Supervisoren sich auf den Entwicklungsstand des supervidierten Therapeuten besser einstellen könnten. Dieses Modell sieht den Anfänger als jemanden, der „technische“ Problemlösungen favorisiert. Der Anfänger glaubt, ein spezifischer „Einsatz“ verbesserter „Methoden“ könne „schneller“ zum Behandlungsziel führen. Erfahrene Kliniker hingegen entwickeln eine Position der Weisheit, die Zeit gewährt, weil menschliche Probleme nicht immer gelöst, sondern oft nur ertragen werden können und weil nicht alle Menschen gleiche Entwicklungspotentiale haben. Es lohnt, dieses Phasen-Modell, gewonnen aus Interviews mit 4.800 Therapeuten aus aller Welt und mit unterschiedlichsten theoretischen Orientierungen im Detail zur Kenntnis zu nehmen. Ich fasse es sehr knapp zusammen:

In der ersten Phase fangen wir alle als „Laien-Helfer“ mit dem uns zur Verfügung stehenden Maß an Empathie an. Das ist bei nicht wenigen späteren Therapeuten die naturwüchsige Rolle als Therapeuten ihrer eigenen Eltern oder als Helfer in der eigenen Familie. Hier ist die Resilienz gering, die eigenen Schädigungen nachdrücklich und gerade das, so kann man schon lernen, motiviert zur Laien-Hilfe; aber das macht man nur einmal im Leben.

In einer 2. Phase als „beginning students“ werden Theorien interessant, es bestehen große Bedürftigkeiten, von den Meistern anerkannt und gestützt zu werden. Die süchtige Suche nach Vorbildern ist immens. Es wird begierig nach leicht zu lernenden Techniken gegriffen. Das hilft eine Zeit lang, aber wenn man sich davon nicht lösen kann, stagniert die persönliche Entwicklung. Der Wert des eigenen Könnens wird noch extern, durch Beurteilungen anderer reguliert. Was hier im Persönlichen beschrieben wird, erlaubt durchaus die Analogie im Globalen: Auch die empirische Forschung visiert mit Manualen und Leitlinien die Optimierung leicht zu lernender Technik an – und wo sie sich darauf fixiert, stagniert ihre Entwicklung. Sie hält auf dem level des Zauberlehrlings fest. Er kann die Geister rufen, aber was macht er mit ihnen?

In einer 3. Phase des fortgeschrittenen Studiums fängt man an, mit basalen professionellen Kompetenzen („basic professional level“) zu arbeiten, hat reguläre Supervision und v.a. gibt es großen Ernst und noch wenig Humor und wenig Neigung zum Spielerischen in der therapeutischen Situation. Man hängt einer und nur einer schulischen Vorgabe an, ist ein „wahrer Gläubiger“ („true believer“), oder aber läuft Gefahr, später zum Zyniker zu werden, wenn man sich in dieser Phase „alles offen“ hält und sich nicht zeitweilig an eine und nur eine Theorie mit Leib und Seele verdingt.

In der 4. Phase wird man ein „Novize“ in der Profession; man merkt, es kommt weniger auf Technik an, es entwickelt sich ein Gefühl „auf sich selbst gestellt“ zu sein („there is a sense of being on one’s own“, Ronnestad und Skovholt 2003, S. 17). Therapeuten in dieser Phase merken, daß und wie sehr sie allein sind (Buchholz 2001). Ziemliche Desillusionierungen greifen Platz, der Wert der bisherigen Ausbildung wird massiv in Zweifel gezogen. Das Ende der formellen Ausbildung wird als Befreiung, der Praxisschock als schwere Ernüchterung und Vereinsamung erfahren. Die Autoren zitieren aus ihren Interviews:

“Als er anwenden wollte, was er gelernt hatte ... fühlte er sich überwältigt von dem emotionalen Schmerz und Pein dieser Patienten. Er sagte: ‚Manchmal fühlst du dich, als würdest du versuchen, einen Waldbrand mit einem Wasserglas zu löschen.‘“ (S. 18)⁴

Ein anderer Therapeut wird mit den Worten wieder gegeben:

“Ich dachte üblicherweise, dass meine Zweifel an mir und meine Hoffnungslosigkeit mit meinem Abschlussexamen vorbei wären ... Jetzt sehen mich die Leute an, nennen mich ‚Herr Doktor‘ und wollen mehr und erwarten mehr. Aber wonach suche ich eigentlich? Es ist ein desorientierender Prozeß, ich weiß nicht mehr als dass da diese immer größer werdenden Erwartungen sind. Es ist toll, wenn man es hinbekommt, aber was bin ich wirklich? Wohin will ich gehen? Ich hatte nicht erwartet, daß die formale Ausbildung mir ein Gefühl adäquater Kompetenz schon geben würde bis ich mich so inadäquat fühlte und bemerkte, wieviel ich zu wissen erwartet hatte. Meine Ausbildung war vorbei und mir fehlte so viel“.⁵

Ich zitiere das, weil einem natürlich die amerikanische Parallele zu den Worten Fausts einfällt, aber auch, weil man bemerkt, auch das ist ein Stand der Auseinandersetzung zwischen empirischer Forschung und professioneller Praxis. Die Forschung ist ernüchtert, weil ihre Methoden nicht das halten, was sie versprochen haben und sie versucht, *Techniken* zu verbessern. Der professionelle Therapeut hingegen geht einen anderen Weg. Wenn er entdeckt, daß die eigene Persönlichkeit sich in seiner Arbeit artikuliert, erreicht er den Übergang zur nächsten, 5. Phase.

⁴ “As he applied what he had learned ... he was overwhelmed by the emotional anguish and pain of these patients. He said: ‘Sometimes you feel like you were trying to fight a forest fire with a glass of water.’” (S. 18).

⁵ “I used to think that my doubts about me and my despair would go away with the degree... Now people look at me, call me doctor and want more and expect more. But what am I going after? It is a disorienting process I don’t know anymore now except there are more expectations. It is great to be done, but what do I really want to be? Where did I really want to go? I didn’t expect the formal training would lead to feeling adequate until I felt inadequate and then realized how much I expected to know by now. My professional training was over and I lacked so much” (S. 19)

Er wird zu einem erfahrenen Professionellen. Er lebt seine professionelle Rolle durchaus im Gebrauch von Technik und Methode, doch werden diese in scharfem Kontrast zu vorher nun nicht in einer theoriekonformen, rigiden oder mechanischen Weise angewendet, sondern auf eine höchst persönliche Weise. Dies mehr und mehr zu entdecken, macht den erfahrenen Professionellen stolz. Vor allem lernt er, daß er nicht nur Sicherheit zu gewähren hat, sondern Patienten „herausfordern“ muß – zur Artikulation ihrer Zweifel an der Therapie, zur Gestaltung ihrer Gefühle, zur Überwindung von Ängsten, zum Wachstum – über kindliche oder verworrene Vorstellungen und Überzeugungen hinaus. Das ist eine besondere Fähigkeit, die nur erworben werden kann, wenn man diese Vorstellungen selbst schon überwunden hat; aber andere herauszufordern, sie zu überwinden, ist noch ein Schritt mehr und das wird als „boundaried generosity“ bezeichnet, als genau zugeteilte, insofern begrenzte Großmut. Dazu lernen erfahrene Professionelle eine besondere Regulierung ihrer Emotionen. Sie bemerken nun sehr früh, wenn sie sich mit ihren Klienten verstricken und gehen manche Verstrickungen in einer *markierten* (Bateman und Fonagy 2004) Weise ein, die sie früher unbemerkt eingegangen wären. Das geschieht im Wissen darum, daß nur so Entwicklungen statt finden können. Und hier erst lernen sie endgültig die Differenz zwischen professioneller Rolle und Freund oder Ehepartner. Damit lernen sie auf eine neue Weise, ihre persönlichen Erfahrungen, etwa die mit eigenen Kindern, mit den beruflichen Erfahrungen zu integrieren. Vor allem lernen sie, von ihren Klienten zu lernen. Sie wenden sich neuen Lernbereichen wie der Anthropologie, dem Religiösen und Spirituellen zu und fangen an zu begreifen, dass das Spirituelle nicht ein Spezialgebiet ist, sondern eine Stufe im Bewusstwerdungs- oder Entwicklungsprozess. Andere wenden sich der Poesie, Romanen oder Biographien zu und öffnen sich ganz neuen ästhetischen Erfahrungsgebieten, die sie mehr und mehr in ihre Beruflichkeit integrieren. Dies wird als Entwicklung sensibler Kontextbezogenheit („contextual sensitive knowledge development“) (S. 23) bezeichnet; es geht um ein Wissen, das nicht „über etwas“ verfügt, sondern um ein Wissen, das nur gekannt werden kann, wenn die eigene Person sich entwickelt ohne den Kontakt zu den eigenen Verwundungen zu verlieren. Dies Wissen ist nicht dauerhaft und repräsentativ, sondern flüchtig und partizipativ. Nur in der Teilnahme wird es aktualisiert, dann aber ist es in einer mächtigen Weise vorhanden.

Das Thema des Verwundeten Heilers, mehr als 2000 Jahre alt in der Mythologie, wird entdeckt. Chiron konnte Wunden anderer von der Wirkung einer giftigen Pfeilspitze heilen, nicht aber die eigene Wunde. Das Offenhalten der eigenen Wunde qualifizierte ihn überhaupt erst als Heiler. Wenn das in den einschlägigen Lexika nachliest, macht man die Erfahrung, daß es nicht so sehr viel Neues in unserem Feld gibt; man erwirbt einen Sinn für die Wiederkehr thematischer Zyklen, vieles, was als „dernier cri“ auf dem Laufsteg der neuesten therapeutischen Moden ausgestellt wird, hat man schon oft gesehen und gehört, wenn auch unter anderen Überschriften.

Die 6. Phase wird als „senior professional phase“ bezeichnet. Obwohl Therapeuten hier längst als Ausbilder und Lehrende tätig sind, ist die entscheidende Entdeckung, wieviel man von Auszubildenden lernen kann. Eine Trauer darüber „zu früh zu alt und zu spät smart geworden“ zu sein („too soon to old and too late smart“) geworden zu sein, verbindet sich mit einem sicheren Gefühl, die Unschuld verloren zu haben. Aber mehr und mehr das eigene therapeutische „Idiom“ (Bollas 1999) artikulieren zu können, entschädigt wirkungsvoll. Auch erhält man ein sicheres Gefühl, realistisch einschätzen zu können, was mit therapeutischen Mitteln erreicht werden kann – meist weniger als man denkt, dafür anderes, an das man nie gedacht hätte. Hier ist die Gefahr gegeben, daß diese realistische Reife von intellektueller Apathie und einem Gefühl der Langeweile aufgesogen wird. Dem arbeiten die „master therapists“ entgegen, indem sie sich vor allem intellektuell lernfähig zu erhalten versuchen; aber ihr Interesse an Kongressen läßt nach.

Auf diesem Weg, den ich hier nur in grober Kürze beschrieben habe, kommt es mehr und mehr zu einer persönlichen und beruflichen Integration, zu einer gewissen Distanzierung schulischer Bindungen, zur Ablösung von Lehrerfiguren mit einem als wohltuend verbundenen Verzicht auf theoretische Rigidität mit größerem Spielraum für persönliche Gestaltung der Profession. Ronnestadt weiß natürlich, daß die Entwicklung zu solcher Weisheit nicht zwangsläufig ist; seine Gespräche, Befragungen und Interviews mit einigen hundert Therapeuten der ganzen Welt haben ihn auch darüber belehrt, daß es Entwicklungen zu ausgebrannten Zynikern gibt, zu Therapeuten, die ihre Ideale nicht mehr besetzen können, die professionell arbeiten, aber ohne Konfession (dies gegen Grawes Buchtitel von 1994). Offenbar kommt es mehr darauf an, die Ideale der eigenen Jugend bewohnbar zu erhalten als sie unter dem Primat einer pseudoerwachsenen „Reifemoral“ zu zerschlagen; schon Ernst Bloch hatte vom „Wärmestrom der Ideale“ gesprochen.

Man kann nun sehen, daß dieses Phasenmodell Bedeutung hat für die berufspolitischen Kontroversen. Nicht allein Methode, sondern deren *persönliche* Aneignung zählt in der Psychotherapie; Therapeuten müssen nach Integration von persönlichem Selbst und beruflicher Technik streben. Aber zwei Dinge fallen ins Auge:

Erstens kann man sehen, wie sich mit zunehmender Entwicklung die Fähigkeit zu persönlicher Verwundbarkeit auf seiten des Therapeuten steigert, zugleich aber auch die zur Resilienz. Mit dieser Gleichzeitigkeit von Sensibilität und Resilienz, dieser gemeinsamen Steigerung von „Härte“ und „Weichheit“ komme ich gleich zu den Paradoxien.

Zweitens, hat jene empirische Forschung, die zum Führen des Streits über Vorherrschaften benutzt wird, diese Dinge bislang kaum thematisieren können. Die Reflexion, die selbstreferentiell die Einheit des kommunikativen Systems „Psychotherapie“ herstellt, geschieht nicht *global* durch externe Evaluationen, sondern *intern* durch die therapeutischen Persönlichkeiten selbst. Dazu kann man sie mit Gewinn befragen. Für die Theorie im Feld der Psychotherapie

heißt das, daß die empirische Forschung auf ihre Weise zu beschreiben versucht, was Psychotherapie ist oder sein soll, aber sie *ist* nicht das System, weil sie die Einheit des Systems nicht operativ herstellt. Sie kann nicht selbstreferentiell werden, weil und solange sie mit *ihren* Mitteln arbeiten muß, also empirisch und dann im Übergang von der vierten zur fünften Stufe oder vorher gleichsam stecken bleibt. Wenn es eine reflexive Ebene der selbstreferentiellen Systemkonstitution gibt, dann kann sie nicht extern, sie muß intern bestimmt werden. Entweder sie ist eine Operation, die das bestimmt, was wir als Psychotherapie bezeichnen und damit das System konstituiert – oder aber sie ist für den täglichen operativen Vollzug eines solchen Systems überflüssig. Reflexion hingegen, so meine Deutung, muß aus den internen Paradoxien des Systems Psychotherapie heraus bestimmt werden; sie ist eine Notwendigkeit. Wer sich ihr nicht aussetzt, scheitert. Sie kann aber nicht in externen Evaluierungen bestehen, sondern muß Paradoxien handhaben können, die in der therapeutischen Profession selbst verborgen sind. Das schließt aber nicht aus, daß es externe Evaluationen sinnvollerweise gibt.

Welche Paradoxien ?

Ich will nun so verfahren, daß ich einige dieser Paradoxien herausgreife, die mir hier bedeutsam erscheinen – ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit.

Die erste ist das von der *Souveränität des Experten*. Therapeuten sind lang ausgebildete Experten, aber zugleich, wie Ronnestads Gesprächspartner zeigen, müssen sie sich der Erfahrung der bösen Ahnungslosigkeit lang genug ausgesetzt haben, um mit der Ausbildung auch genügend Einbildung abzulegen. Erst dann gewinnen wir Souveränität, die als Anerkennung von Abhängigkeiten kommuniziert werden kann. Wir sind nur Therapeuten vis à vis unseren Patienten, wenn sie es uns ermöglichen und gestatten; nur wenn sie uns in den Stand setzen, können wir das sein. Solche Souveränität, die ich ausdrücklich gegen die Rede von der Autonomie abgrenze, ist nicht wie in der Politik die von Königen oder anderen Staatsführern und sie ist auch nicht die des Volkes. Sie ist überhaupt nicht legitimationsfähig und insofern der Kommunikation weitgehend entzogen. Es ist vielmehr eine emotionale *Position*, die weiß, daß sie sich beständig zur *Dis-Position* stellen muß, will sie sich selbst erhalten. Sie definiert Selbsterhaltung nicht als cogito und auch nicht als Aufklärung, sondern als Unsicherheitsbewahrung. Sie kann auf Kommunikation daher nicht verzichten und weiß zugleich, daß sie *incommunicado* ist (Winnicott 1979). Sie ist *allein* in der Gegenwart des Anderen und kann nur so das therapeutische Gespräch anregen. Zugleich ist sie zutiefst (mit dem Anderen) verbunden und nur wenn sie das ist, kann sie die richtigen Worte finden. Während ein Therapeut also bei sich eine Antwort auf die unausgesprochenen Fragen seiner Klientin sucht, betreibt er unvermeidlich Introspektion und soweit er das tut, geht er aus dem Beziehungsfeld –

und nimmt es doch zugleich als stille Ressource in Anspruch. Verbundenheit reicht in psychische Dimensionen, die schwer in Sprache und Sprechen einzubringen sind. Sie ist gewissermaßen ein Selbst, das weiter ist als die individuelle Begrenztheit. Aber wer, außer Sigmund Freud in seinen vagen Überlegungen zur Telepathie, würde wagen, mehr dazu zu sagen? Immerhin, aus Studien wie denen von Schwartz und Wiggins (1987) wissen wir, daß das Studium der Gesichtsmimik von Therapeuten in den ersten Kontaktminuten genauere Prognosen darüber gestattet, ob ein suizidaler Patient sich erneut umzubringen versuchen wird, als wenn man die Therapeuten befragt. Man sieht auf ihrem Gesicht in solchem Fall nämlich mehr ernste Besorgnis, als wenn die Patienten eine bessere Prognosen haben.

Hier folgt das zweite Paradoxon, das der *Kommunikation, die eigentlich nicht beginnen kann*, weil alle Vorverständigungen fehlen. Man weiß, daß alles, was ein Klient einem mitteilt, höchst eigenwillige Bedeutungen hat, über die man sich im Grunde erst einmal verständigen müsste, aber dazu müsste man immer schon Kommunikation in Anspruch nehmen, die sich also selbst nicht einholen kann. Manche (Ferro 2004) beschreiben Psychotherapie geschmackvoll mit einer kulinarischen Metaphorik, wonach Therapeuten für ihre Klienten höchst individuelle Gerichte zubereiten – aber wie eigentlich kann so ein Koch wissen, was seinem Klienten schmeckt? Auch Daniel Stern (2004) beginnt sein neues Buch in der Küche mit sogenannten Frühstücksinterviews; man wird aufgefordert darüber nachzudenken, was man am Morgen beim Frühstück erlebt hat und daran erklärt er uns, wie viele „present moments“ da schon möglich gewesen wären. Aber sein Buch enthält auch eine mögliche Klärung der Frage, wie wir etwas vom Anderen wissen können, sozusagen bevor es losgeht. Stellen wir uns einmal vor, so regt er (S. 174) an, zwei junge Leute, die sich kaum kennen, verabreden sich zu einem ersten Essen. Es ist Winter und sie kommen auf dem Weg zum Restaurant an einer Eisbahn vorbei. Sie beschließen, Schlittschuhe zu leihen und es auf dem Eis zu probieren. Wacklig stehen sie auf dem Eis, machen zaghafte Bewegungen; sie fällt beinahe hin, er greift rechtzeitig zu und stützt sie im Rücken, so, daß es ihr hilft. Als er beinahe fallend die Arme hochwirft, reicht sie ihm in richtiger Höhe und Haltung ihre Hand, an der er sich hält und den Sturz vermeidet. Sie lachen, sie erfreuen sich – und sie erfahren eine Menge miteinander, ohne das darüber gesprochen würde. Entscheidend ist, daß sie intuitiv voneinander wissen, was der Andere just in diesem „present moment“ braucht und das reichert sich an zu einer ungemein wichtigen Erfahrung:

“Stellvertretend waren sie einer in des anderen Körper und Geist, durch eine Serie gemeinsamer Gefühlsreisen“ (Stern 2004, S. 174)⁶

Stellvertretend „im Anderen sein“ – ist das eine Beobachtung? Ist es eine Wirklichkeit oder Metapher? Die Unentscheidbarkeit dieser Frage im Rahmen unseres diskursiven Denkens konstituiert die Paradoxie. Der Andere muß nicht „ausdrücken, was er meint“, muß nicht

⁶ “They have vicariously been inside the other’s body and mind, through a series of shared feeling voyages” (Stern 2004, S. 174)

„symbolisieren“, muß sein Erleben nicht diskursiv „repräsentieren“ – nein, es geht um ein gemeinsames Wissen, das aus der gemeinsamen Gefühlsreise („shared feeling voyage“) stammt. Die Paradoxie bringt das personengebundene partizipative Wissen hervor, von dem ich vorhin sprach.

Wenn das junge Paar nun im Restaurant ankommt, haben sie schon eine solche „gemeinsame Gefühlsreise“ hinter sich und was sie dann sprechen, geschieht vor diesem Hintergrund, wird daran evaluiert, ob es diese Erfahrung voranbringt oder sie blockiert. Sprechen wird zu einer Fortsetzung der körperlichen Weiterbewegung („moving along“). Die körperliche Choreographie verlängert sich gleichsam in die sprachliche hinein, die sprachliche Kinetik hat ihr Fundament in der körperlichen – und das ist die Erfahrung, die wir alle als Babies haben. Die Erfahrung des Körperlichen verlängert sich ins Seelische und ins interaktiv Geteilte hinein.

Solche anschaulichen Erfahrungen sprechen etwas an. Man kann sich das vorstellen. Man fährt in einem Eisenbahnabteil und „weiß“ intuitiv, der gerade hereinkommende Mensch ist „gespannt“ oder sogar „gefährlich“. Man sitzt in einem noch leeren Hörsaal. Die Leute kommen nach und nach herein. Auch wenn man sich nicht umdreht, hat man irgendwie ein relativ präzises Gefühl dafür, wie sie sich hinter einem im Raum verteilen – und kann das sogar überprüfen. Jemand steht in einem Gedränge hinter einem und man weiß, er bräuchte mehr Abstand, den man dann einzuhalten versucht. Liebende liegen im Bett, verknautschen und verdrehen ihre Glieder und auch wenn einer es bequem hat, kann er doch „wissen“, daß die Art, wie die Knie aneinander stoßen oder die Arme sich verschlingen, für die Andere unangenehm oder auch schmerzhaft sein kann. Es gibt, um den älteren Ausdruck zu benutzen, ein *koenästhetisches Gemeingefühl*. Man weiß etwas über den Anderen, auch wenn es noch nie ausgesprochen wurde.

Woher dieses „Wissen“ und welcher Art ist es eigentlich? Stern könnte natürlich als Antwort geben, daß schon die Kleinsten ein „affect-attunement“ erfahren, daß Mütter ihnen transmodale Kommunikationswege öffnen und ihnen helfen, die Intentionen anderer zu „lesen“, was im Englischen als „mind-reading“ (Meltzoff et al. 1999) umstandslos zu verstehen ist. Kurz, was ich sagen will, ist, daß das Paradoxon von einer Kommunikation, die ihre eigenen Anfänge nicht einholen kann oder höchstens für einen „present moment“, konstitutiv für therapeutische Praxis ist. Es kann möglicherweise nicht gelehrt, es kann vielleicht nur entdeckt werden. Die Differenz zwischen dem lehrbaren Wissen und der Nicht-Lehrbarkeit der Erfahrung spielt hier hinein.

Das dritte *Paradoxon, das von Information und Performance* schließt sich hier zwanglos an. Während der therapeutischen Kommunikation erhalten wir von unseren Klienten sehr viele Informationen und wir werden in Ausbildungen angehalten, uns als Informationssammler zu betätigen. Die Krankenakte ist uns, was dem Biologen die Botanisiertrommel ist. Aber was ein Klient aus seinem Therapeuten macht, ist oft entscheidender als das Präsentier-Problem. Es kommt nicht nur auf Information, sondern auf Performance an; unser Sinn dafür, daß es im Gespräch zu

einer Art „Performance“ kommt (Buchholz 2002), zu einer Art szenischer Aufführung von kaum erinnerbaren Dramen in Form von Inszenierungen oder „enactments“ ist in den letzten Jahren sehr entwickelt worden. Aber wenn – um ein schlichtes Beispiel zu nennen - ein junger Mann mit seinem Therapeuten einen autoritären Vater-Sohn-Konflikt wiederbelebt, soll der Therapeut ihn dann einfach auf seinen Irrtum aufmerksam machen? Der junge Mann würde zu Recht antworten, daß er selbst wisse, daß sein Therapeut nicht sein Vater ist und dass er es nicht mag, so belehrt zu werden – und der Vater-Sohn-Konflikt würde sich in diese diskursive Aufklärung hinein fortsetzen. Nein, Therapeuten lernen hier eine andere Handhabung: daß sie zugleich ein Vater und kein Vater sind. Therapeuten kommunizieren im Grunde beständig: „Nein, das kannst Du nicht mit mir machen – Ja, das kannst Du aus mir machen“.

Es kommt unvermeidlich zu einem nächsten Paradox, dem *der persönlichen Begegnung in einem a-personalen, formellen Rahmen*. Es durchzieht die gesamte Behandlung vom ersten Augenblick an; jeder Klient möchte wissen, wie seine Therapeutin oder sein Therapeut als Person ist, über den professionellen Rahmen hinaus - aber wehe, wenn der Therapeut diesem Verlangen nachgäbe! Denn alle Klienten wollen ja auch professionell behandelt werden, sie möchten die Methode und die Technik kennen lernen, um sie mitnehmen zu können. Blicke aber alles nur Methode und Technik, fehlt das Salz in der Suppe. Jüngere Therapeuten neigen nach meiner Erfahrung zu sehr dazu, das persönliche *oder* das technische Moment überzubetonen und sie geben auf diesem oder dem anderen Pol zu viel; erfahrenere Therapeuten wissen, daß Momente persönlicher Begegnung besser eingebettet werden in Strecken harter und produktiver Arbeit. Manche schulische Differenzen versuchen, das Paradox zu entparadoxieren, indem sie den einen oder anderen Pol übermäßig betonen. Psychoanalytiker haben jahrelang die Neutralität betont, eher existentialistisch orientierte Schulen die persönliche Begegnung, andere die „Technik“. Heute sehen wir eher das Dilemma, wie die Einheit dieser Differenzen zu formulieren wäre und können das nicht immer, aber wir handhaben das Paradoxon besser. Wir lösen dieses Paradoxon in der Regel, wenn wir die spielerische Dimension der therapeutischen Kommunikation entdecken. Die Bedeutung einzelner Worte und Mitteilungen wird zwischen Eltern und Kind erworben. Dabei kommt es schon sehr früh zu höchst individuellen Ausprägungen; jede Mutter-Kind-Dyade hat ganz eigenwillige Formen des Blicks, wie das Gesicht verzogen wird, wie eine Begegnung nach dem Aufwachen aussieht etc. Trevarthen (2002) spricht von „zitierbaren Gesten“ und „zitierbarem Lärm“. Hierauf ist das Kind eingespielt. Trevarthen hat nun eine interessante Erklärung der Fremdenangst parat: Das Kind weiß nicht, ob ein Fremder, den es erstmalig sieht, diese Gesten und Worte kennt und in der gleichen Weise verwenden wird oder ob es sich schämen muß, wenn es ihm begegnet wie der Mutter? Spricht der Fremde das gemeinsam entwickelte „Idiom“? Weil Kinder in einem bestimmten Alter das nicht wissen können, drehen sie den Kopf zur Seite und meiden den Kontakt überhaupt. Hier ist der Anfang des Dilemmas

verborgen. Zu viel persönlicher Kontakt zu Beginn einer therapeutischen Begegnung mobilisiert unter Umständen zu viel Beschämung, zu wenig läßt die Therapie nicht in Gang kommen.

Hier spielt nun das nächste Paradoxon hinein. Es handelt davon, daß *der Therapeut in gewisser Weise immer Patient bleibt*. Der Therapeut überlebt nur, wenn er zugleich immer auch Patient ist, wenn er also bei sich etwas findet, das dem nahe kommt, wovon sein Patient spricht, etwas, das er versteht und kennt und dessen Andersheit er dennoch annehmen kann. Indem er den Anderen „liebt“, kann er erst neutral sein. Meiner Ansicht nach hat das damit zu tun, daß eine Mutter immer schon weiß, wie es war, ein Baby zu sein; das Baby kann aber nicht wissen, wie es ist, eine Mutter zu sein. Diese Asymmetrie schafft allerlei Gefahren, denn natürlich macht sie dem Therapeuten das grandiose Angebot, alles mögliche auf seinen Patienten zu projizieren, von dem er denkt, daß er dies erlebt haben müsste. Aber wie in der Mutter-Säuglings-Interaktion ist das nicht schädlich dann, wenn die daraus resultierenden Fehlwahrnehmungen feinfühlig und prompt „repariert“ werden können. Die mikroanalytischen Studien therapeutischer Prozesse zeigen uns jedenfalls deutlich, daß hier Regulierungen erfolgen, die aber grundsätzlich Fehlwahrnehmungen nicht vermeidbar erscheinen lassen. Warum das so ist? Weil in der Wahrnehmung des Anderen immer eine Sinn-Zuschreibung steckt. Die baby-watcher Shotter und Newson (1982) sprechen direkt davon, daß hier eine „Sinn-Infusion“ stattfindet. Mütter und Väter geben dem reflektorischen Gezappel ihrer Säuglinge Sinn, sie schreiben Intentionalität, Ziele und Absichten zu, auch wenn das Kind diese für einen unbefangenen Beobachter nicht hat. Ohne solche Sinn-Infusion wäre die Beziehung entleert oder sogar tot, denn nur wenn Kindern Intentionalität zugeschrieben wird, bestätigt sich ihnen die Erwartung, daß auch das, was andere tun, von Absichten getragen ist. Das kann man sogar experimentell zeigen (Meltzoff et al. 1999). Tomasello (2002) sieht in dieser Fähigkeit, Absicht und Sinn zu erwarten sogar das Humanum schlechthin, aber es ist immer auch entgleisungsfähig.

Sinn und Sinnzuschreibung verweisen auf eine spezifische Dimension der therapeutischen Kommunikation: sie findet in einem Raum der kreativen Illusionsbildung statt, die zugleich als höchst real erfahren wird. Dieses *Paradoxon von der Realität der Illusion* ist unverzichtbar. Ein Patient, der nicht glauben könnte, daß der Therapeut ihn (oder sie) persönlich meint und anspricht, könnte von der Therapie nicht profitieren. Gefühle von Zu- oder Abneigung zum Therapeuten werden als höchst real erfahren. Neutralität könnte man (mit Pizer 1998) in diesem Zusammenhang als die kommunikative Verantwortung des Therapeuten definieren, die Illusion im Sinne eines potentiellen Raumes (Ogden 2004) aufrecht zu erhalten - mit dem Ziel weiterer Verhandlungen. Es muß immer alles *möglich* sein, ohne je realisiert zu werden. Systemiker tragen dem Rechnung durch den hypothetischen Charakter ihrer Fragen. Sie fördern, was Robert Musil als „Möglichkeitssinn“ dem „Wirklichkeitssinn“ gegenüber stellte. Die Erlaubnis, ja geradezu die Ermöglichung der Illusion fördert paradoxerweise den „sense of being real“.

Ein Beispiel dazu:

Eine sich gelegentlich mit einem Messer selbst verletzende knapp 30jährige Patientin hatte mir gestanden, daß sie vor einigen Jahren einen Suizid-Versuch unternommen hatte, indem sie Fliegenpilze aß. Sie hatte sich sehr geschämt, das zu erzählen, war aber über meine Reaktionen erleichtert aus der Sitzung gegangen; ich hatte ihr gesagt, daß es wohl mit der Trennung von ihrem damaligen Freund zu tun gehabt haben könnte. Sie hatte sich unendlich wertlos gefühlt. Das habe sie vielleicht, so meinte ich, daran erinnert, wie sie sich fühlte, als sie als 11jähriges Kind nach einem Sturz im Winter auf gefrorenem Eis mit gebrochenem Knöchel von Nachbarn nach Hause gebracht wurde. Der Vater kam in diesem Augenblick nach Hause und er habe nur gemeint, die Nachbarn würden sich ja kümmern und habe sich in seine Kneipe verzogen, wo er sich meist ziemlich betrank. Und ich getraute mich, ihr weiter zu sagen, auch da sei dieses Gefühl der Wertlosigkeit in ihr wieder entstanden, das sie auch vorher schon gehabt habe, weil sie mir nämlich wenige Stunden vorher erzählt hatte, die Mutter habe sich bei einem anderen Unfall, den sie als 9jährige hatte, nur schimpfend und laut schreiend geärgert, was sie wieder für einen Ärger mache. Sie habe sich offenbar selbst für so wertlos gehalten, wie sie behandelt wurde und da schiene es für sie nur den Ausweg mit den Fliegenpilzen gegeben zu haben. Und ich hatte hinzugefügt, wenn andere, und seien es selbst die eigenen Eltern, einen für nur störend und wertlos hielten, dann sei man es doch deswegen nicht schon gleich.

Ich ahnte nicht, was für eine Folge diese letzte Bemerkung haben würde.

In der Stunde darauf erschien sie schwer verstört. Allmählich klärt sich, was geschehen war. Sie hatte auf meine Bemerkung, man sei nicht wertlos, wenn andere einen dafür halten, mit der tagträumerischen Phantasie reagiert, wir, sie und ich, könnten gemeinsam in einem Fernseh-Quiz bei Jörg Pilawa auftreten; sie wolle mich für ihren Papa ausgeben. Denn eigentlich wisse sie doch viel! Also sei sie nicht wertlos und ich wüsste doch auch viel! Das hat sie so gesagt! Und dann, als sie sich bei dieser Tagträumerei „erwischte“, schämte sie sich derart in Grund und Boden, dass sie die drei Tage zwischen den Sitzungen damit verbrachte, sich vorzustellen, daß sie mir das nie würde erzählen können, daß ihr also nur bliebe, sich von einem Hochhaus zu stürzen. Tatsächlich verbrachte sie drei Stunden auf einer Hochhausplattform! Aber sie schildert detailliert einen erlebten Konflikt: Wie komisch es ihr vorgekommen sei, sich just in dem Augenblick vom Hochhaus stürzen zu wollen, wo einer angedeutet habe, dass er an ihren Wert glaube. Das passte irgendwie nicht zusammen. Diese Überlegung hat sie gehindert, sich herunter zu stürzen.

Ich war freilich schockiert! Und dann habe ich ihr gesagt, daß das ja eine sehr kreative Verarbeitung meiner Worte war. Offenbar habe sie sich ermutigt gefühlt, den Versuch zu machen, an das zu glauben, was ich gesagt hatte, daß sie nicht wertlos *sei*, auch wenn sie sich manchmal so *fühle*, und sie habe sich die Sache mit dem Fernseh-Quiz ausgedacht, weil sie sich so danach sehne, jemanden an ihrer Seite zu haben, der an ihren Wert glaube, solange sie es selbst noch

nicht glauben könne. Hier löste sich ihre Verkrampfung in einem Weinen und wir können den Rest der Stunde produktiv arbeiten, so daß sie gehen kann. Die Illusion, einen anderen neben sich zu haben, hat sie real werden lassen.

Jedoch ist es nur die Sicherheit der therapeutischen Beziehung, die alles *möglich* hält, ohne es realisieren zu müssen, die Patienten den Ausbruch und Aufbruch zu einer Freiheit ermöglicht, die durch Therapie erreicht werden kann; nur unter solchen Bedingungen können Patienten gegen die Fehler ihres Therapeuten protestieren und ihn mehr und mehr zu kritisieren wagen. Wenn sie das dann geschafft haben, werden sie merken, daß sie ihn nicht mehr brauchen – und ihm (unter ansonsten glücklichen Umständen) zutiefst dankbar dafür sein.

Was folgt ?

Ich habe nun nach der Schilderung von therapeutischen Entwicklungsphasen einige Paradoxien skizziert, die wir prozessual mehr oder weniger gekonnt handhaben, wenn wir mit einem Klienten jenes kommunikative System aufbauen, das wir dann als „Psychotherapie“ bezeichnen. Jedes gekonnt⁷ gehandhabte Paradoxon schleudert uns gleichsam auf ein höheres Funktionsniveau, wir machen Erfahrungen und verarbeiten sie unvermeidlich denkend. Und wenn wir sie nicht machen, müssen wir ebenfalls zu denken beginnen - oder das System bricht zusammen. Dann wird aus Therapie bloßes Reden, Gedankenaustausch oder Betroffenheitslyrik. Die Gewinnung eines „exzentrischen“ Ortes gegenüber einem System, an dem man selbst teil hat, könnte man in einer gewissen systemischen Tradition als heilsame Gegenparadoxie bezeichnen; wir leisten uns *psychische* Souveränität, um in den Wirrnissen des *kommunikativen* Dschungels nicht unterzugehen.

Es folgt m. E. daraus zu sehen, daß die reflexive Ebene durchaus konstitutiv ist für die autopoietische Selbstreproduktion des Systems Psychotherapie; sie ist unverzichtbar, weil wir nur so, durch Selbst-Entwicklung, die Paradoxien dieses Systems handhaben lernen können. Wir kommunizieren sie, indem wir meist eine besondere Sprachform verwenden, weder nur den realistischen Indikativ, noch nur den Konjunktiv der Wünsche. Vielmehr sprechen Therapeuten meist im Subjunktiv, etwa wenn ich für meine eben beschriebene Patientin formulierte: „Sie hätten sich gewünscht, ich wäre ein Vater, wie Sie ihn vielleicht nie hatten und wir könnten zusammen zum Fernseh-Quiz gehen“. Und eine andere subjunktive Formulierung war: „Sie hätten sich so erschrecken können vor Ihrer eigenen Idee, mich das zu fragen, zu der Ihnen so der Mut gewachsen war. So sehr hätten Sie sich erschrecken können, wenn Sie sich plötzlich nicht mehr wertlos hätten fühlen müssen.“ Ich sage weder ja noch nein. Ich sage nicht ja oder nein zu

⁷ „Können“ – das ist in meiner Professionstheorie (Buchholz 1999) die entscheidende Unterscheidung zwischen Profession und wissenschaftlichem „Wissen“.

der realen Frage, ob ich mitgehe zum Quiz. Ich sage aber auch nicht ja oder nein zu dem Wunsch. Ich wäre im Konjunktiv, wenn ich gesagt hätte, „Sie haben sich gewünscht...“. Dann müßte ich immer noch ja oder nein sagen, falls sie die Erfüllung des Wunsches fordert.

Der Subjunktiv formuliert weder was war noch was ist; er artikuliert, was hätte sein können. Er artikuliert, in psychoanalytischen Begriffen, jene Übertragung, die nicht Wiederholung, sondern Neu-Anfang ist. Er artikuliert die „gebrauchte Beziehung“, wie ich die Übertragung doppeldeutig definiere. Er ist die Verbform des Potentialis, geeignet, um in den potentiellen Raum der Illusion eintreten zu können. Weil er konditional formuliert, was hätte sein können, enthält diese linguistische Form immer auch schon eine kleine Trauer über das, was *nicht* war, und ermöglicht zugleich, diese Trauer zu tragen. Mir will scheinen, das ist ein Beitrag neben vielen anderen zur Ausbildung therapeutischer Resilienz.

Ein anderer Beitrag ist die Ausbildung und Nutzung bildhafter Figurationen. Die kreative Metapher erscheint als Integrationsprodukt der Paradoxienlösung. Zu meiner Patientin habe ich in einer der folgenden Stunden noch gesagt: „Was ich zu Ihnen gesagt habe, hätte die Flut Ihrer Sehnsucht, sich nicht wertlos fühlen zu müssen, so mächtig ansteigen lassen können, daß Sie, und zu guter Letzt ich dann auch, darin hätten ertrinken können. Insofern scheint die Idee vom Hochhaus zu springen, eine Art Rettungsleine gegen ein Zuviel davon gewesen zu sein. Vielleicht wollten Sie nicht sich, sondern Ihre Sehnsucht tilgen“. Das sind mehrere Metaphern, die ich als brauchbare Mittel bei der Handhabung der Paradoxien zu schätzen gelernt habe. Denn die Paradoxie wird klar erkennbar: Gerade die Aussicht auf Wertschätzung, gerade der Blick in eine mögliche Hoffnung löste die suizidale Krise aus. Die Psychoanalyse hat das als negative therapeutische Reaktion benannt und damit den paradoxalen Charakter bezeichnet. Die Metapher ist vielleicht das am meisten verwendete und deshalb noch weitgehend unbeobachtete Instrument zur Handhabung des Paradoxons (Kumin 1978). Zu den Mittel der Paradoxien-Bewältigung zähle ich aber auch Humor, Kunst, Literatur und Musik. Vielleicht sind solche, dem Spielerischen entstammenden Mittel jene Hilfen, die wir brauchen, um seelische Not in produktive kulturelle Teilhabe umzuwandeln. „Stark fühlt sich, wer die Bilder findet, die seine Erfahrung braucht“, formuliert Elias Canetti in seinem autobiographischen Roman „Die gerettete Zunge“.

Da ich aber über die Metapher an anderer Stelle schon einiges gesagt habe, will ich nun zum Schluß kommen und meine:

Die therapeutische Beziehung im potentiellen Raum ist ständig von zwei Gefahren bedroht: von der Ordnung und von der Unordnung. Wenn es auch so etwas wie ein Paradoxon gibt, kann man es dennoch nicht sehen, man muß es denken. Es kann nur gelebt und darin reflektiert werden. Soweit wir nicht an den Paradoxien zerbrechen, entwickeln wir unvermeidlich therapeutische Resilienz, steigern Widerstandsfähigkeit und Sensibilität zugleich. Wir wandern in ein neues Paradoxon, formulieren neue Metaphern zur Lösung und entkommen uns am Ende doch nicht.

Literatur

- Bateman, A.; Fonagy, P. (2004): *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder* Oxford/New York (Oxford University Press)
- Bollas, C. (1999): *The Mystery of Things* London/New York (Routledge)
- Buchholz, M.B. (1999): *Psychotherapie als Profession* Giessen (Psychosozial)
- Buchholz, M.B. (2001): Lehren aus der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 17, S. 271-286.
- Buchholz, M.B. (2002): Der Körper in der Sprache. Begegnungen zwischen Psychoanalyse und kognitiver Linguistik. *Psychoanalyse - Texte zur Sozialforschung*, 6, S. 159-188.
- Buchholz, M.B. (2004): *Psycho-News. Briefe zur empirischen Verteidigung der Psychoanalyse* Giessen (Psychosozial)
- Buchholz, M.B. (2006): *Psycho-News II. Neue Briefe zur empirischen Erweiterung der Psychoanalyse*. Giessen (Psychosozial)
- Buchholz, M.B.; Gödde, G. (2005): Das Unbewußte und seine Metaphern. In: Buchholz, M.B.; Gödde, G. (Hrsg.): *Macht und Dynamik des Unbewußten, Bd. I - Auseinandersetzungen zwischen Philosophie, Medizin und Psychoanalyse* Giessen (Psychosozial)
- Ferro, A. (2004): Deutung: Signale aus dem analytischen Feld und emotionale Transformationen. *Psychoanalyse im Widerspruch*, 16, Heft 31, S. 83-96.
- Fonagy, P.; Roth, A. (2004): Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen, Teil II. *Psychotherapeutenjournal*, 3, S. 300-314.
- Fonagy, P.; Roth, A. (2004): Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. *Psychotherapeutenjournal*, 3, S. 204-218.
- Fouad, N.A. (2003): Career Development: Journeys of Counselors. *Journal of Career Development*, 30, S. 81-87.
- Fürstenau, P. (2002): Grundorientierung - Verfahren - Technik. Vortrag vor dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie - Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 1, S. 12-17.
- Goodyear, R.K.; Wertheimer, A.; Cypers, S.; Rosemond, M. (2003): Refining the Map of the Counselor Development Journey: Response to Ronnestad and Skovholt. *Journal of Career Development*, 30, S. 73-79.
- Hayes, J.A. (2004): The Inner World of the Psychotherapist: A Program of Research on Countertransference. *Psychotherapy Research*, 14, S. 21-36.
- Henry, W.P. (1998): Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research*, 8, S. 126-140.
- Henry, W.P.; Schacht, T.E.; Strupp, H.H.; Butler, S.F.; Binder, J.L. (1993): The Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy Mediators of Therapist's Response to Training. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 61, S. 441-447.
- Kumin, I.M. (1978): Developmental aspects of opposites and paradox. *Intern. Rev. Psychoanal.*, 5, S. 477-484.
- Luborsky, L.; McLellan, A.T.; Diguier, L.; Woody, G.; Seligman, D.A. (1997): The psychotherapist matters: Comparison of outcome across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, S. 53-65.
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie* Frankfurt (Suhrkamp)
- Meltzoff, A.N.; Gopnik, A.; Repacholi, B.M. (1999): Toddlers' Understanding of Intentions, Desires and Emotions: Explorations of the Dark Ages. In: Zelazo, P.D.; Astington, J.W.; Olson, D.R. (Hrsg.): *Developing Theories of Intention. Social Understanding and Self-Control* Mahwah, NJ/London (Lawrence Erlbaum)
- Ogden, T. (2004): Träumerei und Metapher. Gedanken über meine Arbeit als Psychoanalytiker. *Psychosozial*, 27, H. 97, S. 71-85.
- Orlinsky, D.E.; Ronnestad, H. (2005): *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth* Washington (American Psychological Association)
- Pizer, S.A. (1998): *Building Bridges - The Negotiation of Paradox in Psychoanalysis* Hillsdale, NJ/London (The Analytic Press)
- Reiter, L.; Steiner, E. (1996): Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtungen einer Profession. In: Pritz, A. (Hrsg.): *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen* Wien/New York (Springer)
- Ronnestad, M. H.; Skovholt, T. (1997): Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42, S. 299-306.
- Ronnestad, M.H.; Skovholt, T.M. (2003): The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30, H. 1, S. 5-44.
- Rothwell, P.M. (2005): External Validity of Randomized Controlled Trials: "To whom do the results of this trial apply?". *Lancet I*, 365, S. 82-93.

- Schlüter, T. (2005): Was benötigt eine Verhaltenstherapie zum Gelingen - und ist das noch Verhaltenstherapie?. In: Kernberg, O.; Dulz, B.; Eckert, J. (Hrsg.): *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf* Stuttgart/New York (Schattauer)
- Schwartz, M.A.; Wiggins, O.P. (1987): Typifications: The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, S. 65-77.
- Shotter, J.; Newson, J. (1982): An ecological approach to cognitive development: implicate orders, joint actions and intentionality. In: Butterworth, G.; Light, P. (Hrsg.): *Social Cognition. Studies of the Development of Understanding* Brighton (The Harvester Press)
- Stern, D.N. (2004): *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* New York/London (W.W. Norton & Company)
- Tomasello, M. (2002): *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition* Frankfurt (Suhrkamp)
- Trevarthen, C. (2002): Origins of musical identity : evidence from infancy for musical social awareness. In: MacDonald, R.; Hargreaves, D.; Miell, D. (Hrsg.): *Musical Identities* Oxford/New York (Oxford University Press)
- Wampold, B.E. (2001): *The Great Psychotherapy Debate - Models, Methods and Findings* Mahwah, NJ/London (Lawrence Erlbaum)
- Weiss, J. (1993): *How Psychotherapy Works. Process and Technique* New York (Guilford Press)
- Westen, D.; Novotny, C.M.; Thompson-Brenner, H. (2004): The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychol. Bull.*, 130, S. 631-663.