

Gottfried Fischer
Psychotherapiewissenschaft

Therapie & Beratung

Gottfried Fischer

PSYCHOTHERAPIEWISSENSCHAFT

**EINFÜHRUNG IN EINE NEUE
HUMANWISSENSCHAFTLICHE DISZIPLIN**

Unter Mitarbeit von Christiane Eichenberg

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2011 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee: »Betroffener Ort«, 1922

Umschlaggestaltung & Layout: Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-art.net

Satz: Andrea Deines, Berlin

CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2150-2

INHALT

HINWEISE ZUM TEXT	11
A DAS WUNDER HEILENDER GESPRÄCHE	13
<i>Was ist Psychotherapie?</i>	14
<i>Arbeitsbündnis und Übertragung</i>	15
<i>Emotionale Intelligenz</i>	17
<i>Negative Aspekte der psychotherapeutischen Beziehung</i>	18
<i>Der Begriff der therapeutischen Beziehung</i>	19
<i>Mäeutische Gesprächsführung</i>	20
<i>Der unbewusste Begriff</i>	23
<i>Rückblick und Zusammenfassung</i>	25
A 1 FÜR EIN BESSERES VERSTÄNDNIS VOM MENSCHEN	26
<i>Aufhebung der deutschen Spaltung</i>	29
<i>Freie Assoziation</i>	31
B WIE DIE FORSCHUNGSMETHODE DEN WISSENSCHAFTLICHEN GEGENSTAND BESTIMMT	33
<i>Wissenschaftliche Disziplinen als Forschungsprogramme</i>	34
<i>Die Sprachverwirrung</i>	38
<i>Die Gegenstandsverwirrung</i>	38
<i>»Unbewusste Intentionalität« als Streitfall zwischen den Disziplinen</i>	39

C	GIBT ES EINEN STIL DES DENKENS UND DER ERKENNTNIS, WELCHER DER PSYCHOTHERAPIEWISSENSCHAFT ANGEMESSEN IST?	43
C 1	BEHANDLUNGSBEISPIEL EINES PATIENTEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN BESCHWERDEN	47
	<i>Bericht des Therapeuten</i>	47
	<i>Brainstorming</i>	54
	<i>Achtsamkeitsübung</i>	55
	<i>Fragen zum Fallbeispiel</i>	55
	<i>Psychosomatische Symptombildung und subjektive Biologie</i>	62
	<i>Dialektisch-ökologisches Denken</i>	
	<i>in der psychotherapeutischen Praxis</i>	64
	<i>Logik und ethische Werte</i>	66
	<i>Dialektisches und ökologisches Denken</i>	68
D	WAS HEISST EIGENTLICH »NORMAL«?	75
	<i>Zum Verhältnis von Leib und Seele</i>	79
	<i>Körpersein und Körperhaben</i>	79
	<i>Aufwärts- und Abwärtseffekte</i>	80
	<i>Krankheit und Gesundheit</i>	81
	<i>Irrationalität von Handlungszielen und -mitteln</i>	82
	<i>Machtwirkung bei der Vergabe von Diagnosen</i>	82
E	VOM SYMPTOM ZUR URSACHE – WEGE ZUR ÜBERWINDUNG PSYCHOTHERAPEUTISCHER UNIFORMITÄTSMYTHEN	85
	<i>Kritik der Etikettierungstheorie psychischer Störungen</i>	86
	<i>Ursachenlehre der Organmedizin</i>	87
	<i>Systematik der Ätiologien</i>	88
	<i>Psychische Traumatisierung</i>	90
	<i>Sozialisationsfaktoren</i>	91
	<i>Übersozialisation (ÜbS)</i>	91
	<i>Biologische Faktoren</i>	92
	<i>Untersozialisation (UtS)</i>	93
	<i>Zur Dialektik von Über- und Untersozialisation</i>	94

<i>Die nosologische Pyramide</i>	97
<i>Psychotherapie richtet sich nach Ätiologie und Pathogenese, nicht (nur) nach den Symptomen</i>	99
<i>Uniformitätsmythen in den psychotherapeutischen Schulen</i>	101
<i>Zur differenziellen Ätiologie der psychotherapeutischen Schulen</i>	102
<i>Psychotherapieschulen als philosophische Systeme</i>	103
F PSYCHOTHERAPEUTISCHE FORSCHUNG	107
<i>Detektivmodell der Forschung</i>	108
<i>Falsifikationismus heute</i>	110
<i>Forschung im Kontext von Entdeckung und Beweissicherung</i>	112
<i>Quantitative und qualitative Forschung</i>	115
<i>Quantifizierung innerhalb der drei »Schwesterdisziplinen«</i>	116
<i>Quantitative und qualitative Forschung in der PTW</i>	117
<i>Interpretierbarkeit der Forschungsergebnisse als Gütekriterium</i>	117
<i>Reflektiertes Verständnis von »Normen« in der PTW</i>	118
<i>Das Kriterium der Konvergenz</i>	121
<i>Das Beispiel Contergan</i>	123
<i>Logisch-empirische Konvergenz</i>	126
<i>Psychologische Lerntheorie</i>	126
<i>Die apriorische Methodik der Begriffsanalyse</i>	131
<i>Die therapeutische Beziehung</i>	133
<i>Pathogenese und Salutogenese</i>	134
<i>Begriffsanalyse der psychotherapeutischen Krankheitslehre</i>	135
<i>Quantifizierung im Voraus oder im Nachhinein?</i>	135
<i>Apriorisch-empirische Konvergenz und Ethik</i>	139
F 1 GELTUNGSKRITERIEN PSYCHOTHERAPIEWISSENSCHAFTLICHER FORSCHUNG	141
<i>1. Interpretierbarkeit der Ergebnisse</i>	143
<i>2. Ausschluss von Nicht-Falsifizierbarkeit</i>	143
<i>3. Nachweis von Nicht-Trivialität</i>	144
<i>4. Primat der qualitativen vor einer quantifizierenden Methodik</i>	145
<i>5. Gütekriterien in der qualitativen Forschung</i>	146
F 1.1 Verstehen und Erklären im dialektisch-ökologischen Denken	148

F 2	EMPFEHLUNGEN FÜR DEN AUFBAU WISSENSCHAFTLICHER ARBEITEN NACH DER LOGIK UNTERSCHIEDLICHER FORSCHUNGSSTRATEGIEN	152
	<i>Erkenntnispathologien in der empirischen Forschung</i>	153
	<i>Hypothesensuche im Entdeckungszusammenhang – Hypothesenprüfung im Kontext der Beweissicherung</i>	155
F 2.1	Aufbau und Gliederung einer wissenschaftlichen Arbeit	158
	<i>Wahl und Begründung der Themenstellung</i>	159
	<i>Eingrenzung der behandelten Themenstellung</i>	159
	<i>Recherche und Auswahl der Literatur</i>	160
	<i>Tipps zum Umgang mit der Literatur</i>	164
F 2.2	Gliederung nach unterschiedlichen Studientypen	164
F 2.2.1	Hypothesensuchende Arbeiten mit induktiver Methodik	165
F 2.2.2	Hypothesenprüfende Arbeiten mit deduktiver Methodik	169
F 2.2.3	Phänomenologische Arbeiten nach der »grounded theory«	175
	<i>Forschungsstil der »grounded theory« (GTh)</i>	176
F 2.3	Werkanalytische Arbeiten mit interpretativer Methodik	177
	<i>Eingrenzung der Aspekte, auf die sich die Untersuchung beziehen soll</i>	179
	<i>Durchführung und Auswertung</i>	179
	<i>Deskriptiver Schritt</i>	179
	<i>Verstehende und/oder erklärende Operationen</i>	179
	<i>Diskussion der relevanten Gütekriterien</i>	180
	<i>Darstellung der Ergebnisse mit Bezug auf die Ausgangsfrage</i>	180
	<i>Zusammenfassung und Ausblick</i>	181
F 2.3.1	Die tiefenpsychologische Untersuchung von Kunstwerken	181
F 2.3.2	Das Beispiel vom »rechten Barbier«	184
	<i>Adelbert von Chamisso: Ballade vom rechten Barbier</i>	186
	<i>Der Barbierjunge von Segringen</i>	189
	<i>Phänomenologischer Zugang zum Text</i>	190
	<i>Psychotherapeutische Praxis und ästhetische Erfahrung</i>	192

	<i>Projektive Identifikation</i>	193
	<i>Das unbewusste Zusammenspiel</i>	194
	<i>Unbewusster Begriff und dialektische Erfahrung</i>	197
	<i>Das Kunstwerk als dialektische Erfahrung</i>	200
F 2.3.3	Zur Darstellung einer psychoanalytisch-dialektischen Interpretation	201
F 2.4	Theoriebezogene, metatheoretische Arbeiten, die auf die mathematische, logische und/oder erkenntnistheoretische Weiterentwicklung von Konzepten, Modellen oder Theorien abzielen	204
F 2.5	Übersichtsarbeiten, die einen Überblick über den Forschungsstand in einem definierten Bereich geben und offene Problemstellungen auflisten	206
F 2.6	Entwicklung von Forschungsinstrumenten und -methoden	207
F 2.7	Aktionsforschung	207
G	VON DER EVALUATIONSFORSCHUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PRAXIS	209
	<i>Praxisforschung</i>	209
	<i>Zur Logik der Praxisforschung</i>	210
	<i>Qualitätssicherung im Gesundheitswesen</i>	212
H	TÄTIGKEITSFELDER UND INSTITUTIONALISIERUNG DER PSYCHOTHERAPIEWISSENSCHAFT	215
H 1	BACHELOR	216
H 1.1	Klinisch-praktische Grundkenntnisse und Fertigkeiten	217
H 1.2	Theoretische Kenntnisse	217
H 1.3	Methodik und Anwendungsforschung	218
H 2	MASTER	219

H 2.1	Anschlussmodul	219
H 2.2	Klinisch-praktische Grundkenntnisse und Fertigkeiten	219
H 2.3	Theoretische Kenntnisse	219
H 2.4	Methodik und Anwendungsforschung	220
H 3	INTEGRATIVER DOKTORATSSTUDIENGANG PTW	221
H 3.1	Vertiefende klinisch-praktische Kenntnisse und Fertigkeiten	221
H 3.2	Theoretische Kenntnisse	221
H 3.3	Methodik und Anwendungsforschung	222
I	DIE IDENTITÄT DER PSYCHOTHERAPIEWISSENSCHAFTLERIN	223
	<i>Persönliche Voraussetzungen</i>	223
	<i>Motivation</i>	225
	<i>Therapeutische Beziehungsgestaltung und dialektisches Denken</i>	227
	<i>Therapeutisches Scheitern</i>	230
	<i>Materialismus und Idealismus im Verständnis von Psychotherapie</i>	233
	<i>Die Verbindung von Heilen und Forschen</i>	235
	LITERATUR	239
	SACHREGISTER	247

HINWEISE ZUM TEXT

Abkürzungen

bPTBS	basale Psychotraumatische Belastungsstörung s. a. PTBS
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association (Ausgabe IV)
DVM	Dialektisches Veränderungsmodell in der Psychotherapie
EOIS	Entwicklungsorientierter Interventionsstil
ICD	International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (Ausgabe 10)
IGK-Modell	Modell der interpersonell-gegenständlichen Koorientierung
KÖDOPS	Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung
PdP	Psychodynamisch-dialektische Psychotherapie (Fischer 2007)
PhdG	Phänomenologie des Geistes (Hegel 1807)
PM	Psychotherapeutische Medizin
PTBS	Psychotraumatisches Belastungssyndrom
PTW	Psychotherapiewissenschaft
TOIS	Trainingsorientierter Interventionsstil
WdL	Wissenschaft der Logik (Hegel 1811)

Verwendung der Geschlechtsartikel im Text

Als grammatische Allgemeinbezeichnung wird mehr oder weniger beliebig entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet (z. B. Patientinnen oder Patienten). Wenn das Genus für den Sinn der Aussage von Bedeutung ist, wird dies durch Kursivschrift hervorgehoben, z. B. wird *Patientinnen* verwendet, wenn Frauen gemeint sind und nicht die Gruppe der Patienten oder Patientinnen im Allgemeinen, ebenso findet *Patienten* Verwendung, wenn eine Gruppe ausschließlich männlicher Patienten gemeint ist.

A **DAS WUNDER HEILENDER GESPRÄCHE**

Wie ist es möglich, psychische und sogar körperliche Erkrankungen durch Gespräche zu heilen? Vielleicht haben wir uns inzwischen zu sehr daran gewöhnt, um über solch ein »Wunder« noch staunen zu können. Wir sind es gewohnt, dass zur Heilung von Krankheiten Medikamente benötigt werden und eventuell auch eine Operation – jedenfalls handfeste Maßnahmen. Aber nur mit einem Kranken »reden«? Das soll Krankheiten heilen? Sind wir da nicht angelangt bei Suggestion und Autosuggestion, vielleicht bei Magie und magischem Denken? Lässt sich die Heilung durch Psychotherapie vielleicht mit dem Placeboeffekt erklären? Wenn man fest genug daran glaubt, dass etwas hilft, dann hilft es auch.

Das ist nicht ganz falsch, ist aber noch keine Begründung für eine *systematische* Heilwirkung von Psychotherapie. Richtig an der Placebo-Annahme ist, dass die Wirkung von Psychotherapie nicht allein vom Therapeuten ausgeht. Der Patient leistet seinerseits einen entscheidenden Beitrag, weshalb der Therapeut Hilfe zur Selbsthilfe bietet und auf die Mithilfe seines Patienten fundamental angewiesen ist. Nicht er heilt den Patienten, vielmehr heilt dieser sich mithilfe des Therapeuten selbst. Wer sich als Psychotherapeut jedoch als »großer Heiler« versteht, verfängt sich in der Falle des »therapeutischen Narzissmus«. Tatsächlich steht der Narzissmus des Therapeuten seiner therapeutischen Wirksamkeit im Wege, die eher Zurückhaltung und Bescheidenheit verlangt, nicht Ausübung von Macht über »willfähige« Patienten, von denen »compliance« erwartet wird. Wenn wir die psychotherapeutische Heilung schon als »Wunder« bezeichnen, kann die Haltung von Jesus von Nazareth gegenüber einer »Wunderheilung«

vielleicht als beispielhaft gelten. Als ein Kranker, dem er geholfen hatte, sich bei ihm persönlich bedanken wollte, widersprach er seiner Erhebung zum »Heiler« mit den Worten: »Dein Glaube hat dir geholfen.« Sinngemäß zu ergänzen wäre wohl: »Nicht ich habe dir geholfen, sondern dein Glaube.«

Diese überlieferte Aussage lässt sich einerseits als Bestätigung von Autosuggestion oder Selbsthypnose verstehen und/oder als Beweis der Placebo-Annahme. Den Anschluss an die moderne Psychotherapieforschung aber gewinnen wir, wenn wir anders als im biblischen Text nicht vom »Glauben«, sondern vom »Vertrauen« ausgehen: »Dein Vertrauen hat dir geholfen.« Die Heilung wäre dann als Auswirkung von Vertrauen zu verstehen, allerdings nicht nur von einseitigem, sondern von *gegenseitigem Vertrauen*. Jenes Vertrauen, das zwischen Patientin und Therapeutin entsteht, ihre vertrauensvolle *Zusammenarbeit* im therapeutischen *Arbeitsbündnis*, ist nach unserem heutigen Kenntnisstand eine entscheidende Voraussetzung für heilsame Veränderungen in der Psychotherapie.

Von einer »stummen« zur »sprechenden Medizin« – diesen Weg hat seit den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Humanmedizin zurückgelegt, manchmal in kleinen Schritten und mühsamen Wendungen. Die Reform des Medizinstudiums ging nicht ohne Schwierigkeiten und Widerstände vonstatten. Mit den Fächern der medizinischen Psychologie und Soziologie im Grundstudium sowie mit Psychosomatik und Psychotherapie im klinischen Abschnitt des Medizinstudiums gewann nach einer treffenden Formulierung von Paul Lüth die »sprechende Medizin« (1986) allmählich an Boden. Manche dieser Reformen sind heute wieder rückläufig. Kann als Königsfach der (zunächst einmal »stummen«) organischen Medizin auch heute noch die *Anatomie* betrachtet werden, so ist das Kernfach einer *sprechenden* Medizin die *Psychotherapie* – ein Grund, der Psychotherapie in der Medizin eine ebenso starke Position einzuräumen wie traditionell der Anatomie. Diese »starke Stellung« der Psychotherapie ist aber nur möglich, wenn sie nicht nur ein Spezialfach innerhalb der Medizin ist, sondern sich darüber hinaus zu einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin entwickelt. An dieser Vision teilzuhaben und sie zu unterstützen, dazu möchten wir Sie mit dieser Schrift herzlich einladen.

WAS IST PSYCHOTHERAPIE?

Wie lässt sich Psychotherapie näher bestimmen? Nach dem bisher Gesagten liegt nahe, Psychotherapie zu definieren als »Heilbehandlung durch Dialog und therapeutische Beziehungsgestaltung«. Diese kann stattfinden mit ein-

zelen Personen, mit Paaren und Familien, mit Kleingruppen von fünf bis acht Personen oder mit Großgruppen und Institutionen. Hier wird man zwar nicht immer von Psychotherapie im engeren Sinne sprechen, sondern auch von Beratung, Coaching, Institutionenberatung oder Organisationsentwicklung. Aber auch bei einer Tätigkeit als Berater gehören Kenntnisse und Fertigkeiten in Psychotherapie zur Grundausstattung.

Aber zurück zur psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne, zu einem Arrangement, das typischerweise zwei Personen umfasst: Psychotherapeutin und Patientin. Was hilft der Patientin, sich persönlich weiterzuentwickeln und sich im therapeutisch erwünschten Sinn zu verändern? Eine vertrauensvolle therapeutische Arbeitsbeziehung, das sogenannte therapeutische »Arbeitsbündnis«, wurde bereits erwähnt. Nun kann diese vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht immer vorausgesetzt werden. Oft bringen die Patientinnen belastende Erfahrungen aus ihrer Lebensgeschichte in die Beziehung ein. Traumatisierte haben nicht selten das Vertrauen in ihre Mitwelt, in die anderen Menschen und in die Sicherheit ihrer Umwelt verloren. Solche negativen Vorerfahrungen können auf die Therapeutin »übertragen« werden. Sigmund Freud (1856–1939), der Begründer der Psychoanalyse, hat als erster erkannt, dass Gefühle, Erinnerungen und Beziehungsmuster aus der Lebensgeschichte der Patientin unbewusst in die therapeutische Situation eingebracht und teilweise auf die Therapeutin übertragen werden. Er bezeichnete diesen Vorgang dementsprechend als »Übertragung«. Es gibt negative und positive Übertragung.

ARBEITSBÜNDNIS UND ÜBERTRAGUNG

Nach Freud (1914g) bildet die »milde positive Übertragung« den emotionalen Kern des therapeutischen Arbeitsbündnisses, den Ankerpunkt einer vertrauensvollen therapeutischen Zusammenarbeit. Dem steht in manchen Zeiten der Therapie die »negative Übertragung« gegenüber. Misstrauen, Wut, Neid und Enttäuschung, vielleicht weil man in der Therapie nicht vorankommt und längere Zeit auf der Stelle tritt, können die Atmosphäre beherrschen. Das Aufkommen negativer Übertragung ist aber kein therapeutischer Fehler, sondern gehört zu einer gelingenden Therapie.

Wie sollten die negativen Vorerfahrungen und Gefühle besprochen und bearbeitet werden, blieben sie aus der therapeutischen Beziehung ausgeklammert? Aber sie brauchen ein Gegengewicht. Würden sie allein und dauerhaft

die therapeutische Beziehung beherrschen, müsste die Therapie stagnieren. Daher sollte zu Therapiebeginn das gemeinsame »Arbeitsbündnis« zwischen Therapeut und Patientin soweit gefestigt sein bzw. werden, dass es die negative Übertragung aushalten und auffangen kann. Der Umgang mit der negativen Übertragung geschieht in folgenden Schritten. Zuerst suchen Patientin und Therapeut gemeinsam nach den »Auslösern« der negativen Übertragungsgefühle. Welche Erfahrungen in der therapeutischen Situation könnten die negativen Gefühle der Patientin ausgelöst haben? Das können vergleichsweise geringfügige Anlässe sein. Zum Beispiel hat die Therapeutin sich zu einer Stunde verspätet und die Patientin kann sich erst allmählich bewusst werden, wie sehr sie sich gekränkt und verlassen fühlte, auch wenn sie der Therapeutin keinen Vorwurf machen möchte.

Wurden die aktuellen Auslöser für die negativen Gefühle der Patientin, soweit sie der therapeutischen Situation entstammen, einmal verstanden, bleibt oft ein »Gefühlsüberschuss« bestehen, an dem Therapeutin und Patientin erkennen können, dass der vergleichsweise harmlose Vorfall in der Therapie an irgendetwas anderes erinnert, das vielleicht nicht so harmlos war. So werden Erinnerungen wach und können jetzt besprochen und »durchgearbeitet« werden. Therapeutin und Patientin leisten gemeinsame seelische »Arbeit«. Denn seelische Arbeit, das Verarbeiten und Durcharbeiten belastender Gefühle, Erinnerungen und Fantasien, kann ebenso mühsam, anstrengend und schwierig sein wie manche körperliche Arbeit, aber auch ebenso lohnend.

Es sind also zwei Schritte erforderlich, um Übertragung *als* Übertragung erkennen und behandeln zu können. Erstens die Abgrenzung von den aktuellen Auslösern und zweitens der Bezug zu bedeutsamen Erfahrungen in der Lebensgeschichte. Der erste Schritt ist die Voraussetzung für den zweiten. Würde er übergangen, dann käme die fast belustigende Situation zustande, dass sich der Patient über den Therapeuten ärgert und ihm Vorwürfe macht. Der Therapeut aber weist die Vorwürfe von sich mit der Bemerkung, sie gelten in Wirklichkeit nicht ihm, sondern etwa dem Vater des Patienten. Durch unmittelbaren Rückgriff auf die Vergangenheit sucht der Therapeut die Gegenwart zu entlasten. Das wäre der eine Irrtum. Blicke der Therapeut aber ausschließlich im »Hier und Jetzt« der therapeutischen Beziehung stehen, dann käme zwar eine emotional geladene Situation zustande, die als solche für therapeutische Veränderung günstige Voraussetzungen bietet, aber der

Patient hat es schwer, seine emotionalen und kognitiven Muster als *seine* Inszenierung zu verstehen. Er würde um die Chance der »Er-Innerung« seiner Vergangenheit gebracht, die ihn von der Verhaftung an die vergangenen Erfahrungen und ihre Wiederholung in der Gegenwart befreien kann. Die Erkenntnis der Vergangenheit in der Gegenwart ist das Ziel, das umso besser und nachhaltiger erreicht wird, je mehr sich der Patient diese Erkenntnis selbst erarbeitet. Die besten »Deutungen« der Vergangenheit sind meist jene, die sich der Patient selbst gibt.

EMOTIONALE INTELLIGENZ

In der Intelligenzforschung ist seit einiger Zeit bekannt, dass »emotionale Intelligenz« für Erfolg im Leben entscheidender ist als die formale Intelligenz, die durch den traditionellen »Intelligenzquotienten« erfasst wird. Goleman (1995, dt. 1997), einer der Pioniere auf diesem Gebiet, unterteilt emotionale Intelligenz in *interpersonelle* und *intrapersonale* Intelligenz. Erstere besteht in der Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzuversetzen und eine gegenseitig erfreuliche Beziehung mit ihnen zu gestalten. Diese Fähigkeit liegt dem therapeutischen Arbeitsbündnis zugrunde. Von daher versteht es sich, dass eine gute Therapeutin in hohem Maße über interpersonelle Intelligenz und dialogische Kompetenz verfügen sollte. Ihre eigene »Lehrtherapie«, die nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz ein fester Bestandteil der therapeutischen Ausbildung ist, kann die bereits vorhandene *interpersonelle* Kompetenz festigen und erweitern. Dazu muss aber parallel die Begabung zu *intrapersonaler* Intelligenz vorhanden sein. Denn vor allem diese kann und muss in der Lehrtherapie weiterentwickelt werden.

Selbsterkenntnis ist der Schlüssel zur Erkenntnis auch der anderen Menschen. Wer sich bei sich selbst nicht richtig auskennt, versteht auch die anderen nicht. Er missversteht die anderen in gleichem Maße, wie er sich selbst missversteht. »Selbst-Erfahrung«, Erfahrung und Kenntnis des eigenen Selbst in seinen bewussten und unbewussten Tendenzen, ist daher ein Ziel der Lehrtherapie, aber auch der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten bzw. Klienten ganz allgemein. So darf man von einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung erwarten, dass sie die emotionale Intelligenz fördert, stärkt und erweitert, denn viele seelische Störungen sind wesentlich Störungen der emotionalen Intelligenz.

NEGATIVE ASPEKTE DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

Bis hierher bietet die Psychotherapie ein sehr positives Bild. Der interpersonale Beziehungsaspekt und der intrapersonelle scheinen in Harmonie zueinander zu stehen. Der eine befördert den anderen. Aber sind zwischenmenschliche Beziehungen wirklich so harmonisch beschaffen?

Unsere tägliche Erfahrung spricht eine ganz andere Sprache. Rivalitäten, Neid, Bosheit, Intrigen und Herrschsucht sind keine seltenen Ausnahmereischeinungen. Sollten diese nur allzu bekannten Impulse und Gefühle, wie von Zauberhand, mit einem Schlag aus der psychotherapeutischen Beziehung verschwunden sein? Manche Definition von einer »hilfreichen Beziehung« in der Psychotherapie vermittelt ganz diesen Eindruck. Aber bleiben dann die »bösen Geister« nicht unerkannt und werden versuchen, durch die Hintertür wieder zurückzukehren? Ist es nicht besser, sich mit ihnen auseinanderzusetzen, statt sie auszusperren?

Wenn wir diesem Grundsatz zustimmen, können wir nicht länger ausschließen, dass sie auch in der psychotherapeutischen Beziehung ihr Wesen bzw. Unwesen treiben.

Die therapeutische Beziehung kann eine Beziehung von Macht und Unterdrückung sein, von Herrschaft und Unterwerfung, von Befehlen und Gehorchen, von Suggestion und Anpassung, von Ausbeutung und Abhängigkeit. Wer das bestreitet, sollte sich mit den Ergebnissen zur Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie vertraut machen. Wir werden noch näher darauf eingehen. Vom emotionalen über finanziellen bis zum sexuellen Missbrauch von Patienten durch Therapeuten – immer wieder sind die »bösen Geister« in der »guten Stube« vertreten (etwa Becker-Fischer/Fischer 2008). Solch drastische Beispiele bilden statistisch zwar eine seltene Ausnahme. Wir müssen aber nicht unbedingt solche Extreme heranziehen, um auf ein grundsätzliches Spannungsverhältnis in der therapeutischen Beziehung aufmerksam zu werden: den Gegensatz und potenziellen Konflikt zwischen der inter- und der intrapersonellen Dimension der therapeutischen Beziehung.

Menschen beeinflussen einander. Einer versucht den anderen zu überreden oder von etwas zu überzeugen. Auch wer dabei vor allem die eigenen Interessen verfolgt, wird das kaum offen herausstellen, sondern neigt dazu, sein persönliches Interesse auch als dasjenige seines Partners auszugeben, vielleicht sogar pathetisch als dessen »ureigenes Interesse«. Warum sollte sich dies in der therapeutischen Beziehung grundsätzlich anders verhalten? Ist es nicht

vielmehr ein Gebot »interpersoneller Intelligenz«, auch in der Psychotherapie von genau diesen Verhältnissen auszugehen? Wo gibt es denn wirklich den beinahe paradiesischen Zustand, in dem ein Partner überwiegend oder gar ausschließlich bestrebt ist, dem anderen zu Selbsterkenntnis und Persönlichkeitsentwicklung zu verhelfen?

Seit Entdeckung der sogenannten »Spiegelneuronen« (Rizzolatti et al. 1996) ist viel davon die Rede, dass wir uns im Spiegel der Mitmenschen erkennen. Aber handelt es sich nicht oft um trübes Spiegelglas bzw. um Hohl- oder Zerrspiegel? Können wir uns auf den »Spiegel des Anderen« wirklich verlassen? Oder müssen vor allem wir allein zu unserer Wahrheit finden? Soviel kann jedenfalls festgehalten werden: Fremd- und Selbsterfahrung harmonieren nicht umstandslos. Herrschsucht, Suggestion und Machtwirkung sind nicht automatisch schon verschwunden, wenn wir eine professionelle Beziehung zu einer »therapeutischen« erklären. Setzen sich aber die genannten Tendenzen in der psychotherapeutischen Beziehung fort, ob offen oder verdeckt, so kann von der Psychotherapie alles Mögliche erwartet werden, nur keine therapeutische Wirkung. Wie also kann eine Beziehung gestaltet sein, welche die genannten menschlichen Neigungen zumindest eingrenzt und sich darauf konzentriert, die Patientin bei ihrer Selbst-Erfahrung zu begleiten?

DER BEGRIFF DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

Als Erster hat Sigmund Freud (1919a) gründlich über diese Fragen nachgedacht und er empfahl die »Abstinenz« als förderliche therapeutische Haltung. Der Ausdruck kommt von lat. *abstinere*, sich einer Sache enthalten. Dem hippokratischen Eid der Ärzte folgend, solle sich der Analytiker enthalten, sexuelle Beziehungen mit seinen Patienten einzugehen oder sich außerhalb des vereinbarten Honorars bezahlen oder beschenken zu lassen. Man kann die Regel dahingehend zusammenfassen, die Psychotherapeutin solle keine selbstsüchtigen Interessen verfolgen. Stattdessen solle das Interesse der Patientin im Mittelpunkt stehen. Wird die Abstinenzregel beachtet, so ist immerhin den krassesten Fehlern, der finanziellen und sexuellen Ausbeutung und einer primär egoistischen Therapieführung vorgebeugt. Soweit aber liegt nur eine negative Bestimmung vor. Das »Wunder« der hilfreichen therapeutischen Beziehung ist damit noch nicht erklärt.

Was der Begriff der therapeutischen Beziehung bedeutet, finden wir vielmehr heraus, wenn wir das Spannungsverhältnis zwischen der interpersonellen und

der intrapersonellen Dimension als seine Grundlage und Voraussetzung anerkennen. Es muss sich um eine Beziehung handeln, in der die *interpersonelle* Beziehung zwischen den beteiligten Personen im Dienst der Entwicklung von *intrapersoneller* Intelligenz und Erkenntnis beim Patienten steht. Eine solche Beziehungsgestaltung ist ziemlich einzigartig. Die Beziehung zwischen Lehrer und Schüler mag sich dem annähern, soweit nicht Lernen und Wissensvermittlung im Mittelpunkt stehen, sondern die Vermittlung von etwas, das mit »Bildung« bezeichnet wird. In diesem Sinne lässt sich Psychotherapie auch als Persönlichkeitsbildung verstehen (etwa Köth 2008). Aber wie selten gewinnt das Verhältnis von Lehrenden und Lernenden die Qualität von Bildung in diesem existenziellen Sinn, und was wäre darunter genauer zu verstehen? Wie oft nimmt das Verhältnis von Eltern und Kindern diesen unterstützenden Charakter an? Die Beziehung zwischen Freunden oder Partnern führt bisweilen dazu, dass sich beide gemeinsam weiterentwickeln können. Eine Partnerschaft kann auf ihre eigene Art hilfreich und unterstützend wirken, kann eine Psychotherapie in der Regel jedoch nicht ersetzen. Wir müssen unseren Suchhorizont schon weit ausdehnen, um eine Form der Beziehungsgestaltung zu finden, bei der die interpersonelle Beziehung im Dienst der personalen Einsicht und Erkenntnisbildung steht. Sie ist in der Kulturgeschichte als »Mäeutik« bekannt geworden und bezeichnet die Gesprächsführung nach Sokrates (469–399 v. Chr.), eine der bedeutendsten Figuren der Philosophiegeschichte.

MÄEUTISCHE GESPRÄCHSFÜHRUNG

Mäeutik (von altgr. *maientike techne*) bezeichnet die Kunst der Hebammen. Wie die Hebamme hilft, ein Kind zur Welt zu bringen, so bringt das mäeutische Gespräch ein bis dahin unbewusstes Wissen des Gesprächspartners ans Licht. Dieses Wissen ist an sich schon vorhanden, wir waren uns seiner bis dahin nur nicht bewusst. Wir wissen nicht, dass wir wissen. Um aber den Sprung auf die tragfähige Basis unseres unbewussten Wissens zu schaffen, müssen wir durch einen Engpass hindurch, der uns sehr in Verlegenheit und Bedrängnis bringen kann, ähnlich wie eine Geburt nicht ohne Schmerzen und Krisen verläuft, für beide: Mutter und Kind. Diesen Engpass bezeichnen wir mit Sokrates als eine »Aporie«, was wörtlich Ausweglosigkeit, »Verlegenheit« oder bildlich eine Art von »Sackgasse« bedeutet. Auf diesen Punkt der Ausweglosigkeit hebt der wohl bekannteste Ausspruch des Sokrates ab, sein »ich weiß, dass ich nichts weiß«. Das bedeutet nun nicht, dass alles was wir bisher wussten, falsch und