

## 7 Die Arzt-Patient-Beziehung in der Psychotherapie

### 7.1 Die Arzt-Patient-Beziehung in der psychotherapeutischen Einzelbehandlung

Werner Köpp

#### Zur Geschichte der Gesprächstechnik

Um Beachtung und Beobachtung der Arzt-Patient-Beziehung hat sich vor allem Michael Balint (1957/1966) verdient gemacht. Auf der Basis psychoanalytischer Konstrukte hat er die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung erneut in die Medizin eingebracht und sie als Wirkfaktor in der Diagnostik und der Behandlung plausibel dargestellt. Hochrangig publizierte er seine Erkenntnisse in internationalen medizinischen Fachzeitschriften (z. B. Balint, 1954 u. 1961). Balints psychoanalytisch basierten Hinweise und Aktivitäten für die organmedizinischen Fachrichtungen im Medizinbetrieb lassen sich auch auf Psychotherapie und Psychoanalyse selbst anwenden.

Speidel (1996, S. 66) hat die Geschichte der Bemühungen um die Technik einer psychologischen bzw. psychoanalytischen Gesprächstechnik zusammengestellt:

- Schultz-Hencke (1951) → Gezielte Anamnese
- Deutsch, Murphy (1965) → Klinisches Interview bzw. assoziative Exploration
- Mitscherlich (1967) → Systematische Krankengeschichte
- Argelander (1970) → Erstinterview
- Meerwein (1974) → Ärztliches Gespräch
- Quint (1977) → Tiefenpsychologische Untersuchung
- Dührssen (1981) → Biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt
- Kernberg (1981) → Strukturelles Interview

Speidel erwähnt, dass schon im Jahre 1921 in der Wiener psychoanalytischen Gesellschaft erste Diskussionen über eine psychoanalytisch

orientierte ärztliche Gesprächsform stattfanden. In den psychotherapeutischen und psychoanalytischen Konzeptualisierungsversuchen der Gesprächstechnik haben die Autoren zum Teil sehr unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. So hat beispielsweise Schultz-Hencke vor allem auf die Wahrnehmung von »Gehemmtheiten« und gestörtem »Antriebserleben« Wert gelegt und Übertragungsphänomene völlig außer Acht gelassen. Dagegen waren für einen Autor wie Argelander die im Gespräch darstellbare Szene und die Übertragung von zentraler Bedeutung. Man darf heute davon ausgehen, dass sich das Konzept der Übertragung in der Psychoanalyse und den von ihr abgeleiteten Verfahren durchgesetzt hat.

Nach Meyer (1996, S. 25) werden bis zu 400 Psychotherapieformen unterschieden. Wenn im Folgenden von der Arzt-Patient-Beziehung in der psychotherapeutischen Einzelbehandlung die Rede sein wird, so geht es in erster Linie um die psychoanalytisch hergeleiteten oder fundierten Einzelbehandlungen.

In tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch hergeleiteten Verfahren stellen Beziehung und Beziehungserleben eine prinzipielle Säule der Behandlungsmethode selbst dar: Die Analyse von Übertragungsvorgängen innerhalb der therapeutischen Beziehung (sog. Übertragungsanalyse) wurde schon bei Freud (1912) und wird auch weiterhin in der modernen Psychoanalyse als zentral für den Therapieerfolg angesehen. Daneben ist aber auch die Analyse von Übertragungsvorgängen im sozialen Feld der Analysanden wichtig, wenngleich dabei Einsicht und vor allem begleitender Affekt meistens nicht in derselben Weise intensiv und unmittelbar erlebt und veränderungswirksam werden können. Die Analyse von Übertragungsvorgängen im sozialen Feld der Analysanden ist vor allem in jenen Psychotherapieverfahren wichtig, die von der Psychoanalyse abgeleitet wurden bzw. die klassische Technik modifizieren. In jedem Fall muss die (aktuelle) Übertragung im Hier und Jetzt der psychotherapeutischen Situation beachtet werden, weil sie Motor der Veränderung ebenso wie Widerstand gegen die Behandlung werden kann, auch wenn sie nicht deutend aufgegriffen wird.

Die frühe Eltern-Kind-Beziehung (oder ein Äquivalent dieser Beziehung) wird in der Regel als eine der wichtigsten Vorerfahrungen für das Beziehungserleben im späteren Leben (und also auch in der Therapie) angesehen. Das ist nicht verwunderlich: Denn wie das – verbal noch sprachlose – Kind in der Interaktion mit den existentiell wichtigen Beziehungspersonen gespiegelt wird, bestimmt nicht nur

die Qualität der intrapsychischen Elternrepräsentanzen, sondern auch die daraus resultierende Kohärenz der Selbstrepräsentanz.

Innerhalb der ersten beiden Lebensjahre vollzieht ein Kind enorme Entwicklungen: Es fängt an, sich als von anderen unterscheidbares Wesen zu erkennen; Lautgebung und Sprache entstehen und verschiedene körperliche Funktionen werden willentlich kontrolliert; zunehmend beginnt das Kind auch symbolisch zu denken. Unter Hinweis auf Sullivan und Kohut unterstreicht Trad (1992), dass diese dramatischen Entwicklungsschritte des Kindes die wache Präsenz und Empathie der Pflegepersonen (»caregiver«) erfordern.

### Die Rolle des Therapeuten

Für die gemeinsame therapeutischer Arbeit ist es wichtig, dass es einen stabilen Rahmen gibt, der vom Therapeuten und dem Patienten vor Beginn der Behandlung festgelegt wird. Gerade Patienten mit strukturellen Ich-Störungen tendieren dazu, an dem zuvor einvernehmlich festgelegten Rahmen zu rütteln. Der Behandlungsrahmen soll daher möglichst klar formuliert sein, damit er auch Orientierungshilfe im Behandlungsverlauf sein kann. Prinzipiell gilt, dass der Therapeut sehr klar strukturiert an den Rahmenbedingungen der Therapie mitwirkt; was dann innerhalb dieses Rahmens passiert, wird in erster Linie vom Patienten bestimmt. Zu den Rahmenbedingungen gehören z. B. Regelungen für kurzfristige Absagen von zuvor verabredeten Therapiestunden, eventuelle Ausfallshonorar-Regelungen oder auch Absprachen über Urlaubszeiten. Allerdings sollte bei dieser Gelegenheit der Patient auch darauf vorbereitet werden, dass der Charakter der Therapiegespräche meistens anders ist, als es der Patient von Alltagskommunikationen gewohnt ist. Thomä und Kächele (2006, S. 204) weisen darauf hin, dass das Vorwissen über Psychoanalyse zwischen bildungsfernen und bildungsnahen Bevölkerungsschichten erheblich variiert, und sie fordern deswegen, dass sich die Gesprächsführung darauf einzustellen hat. Die Beobachtung, dass Unterschichtpatienten Deutungen häufig als Vorwürfe, Kränkungen und Entwertungen erleben, wäre demnach ein Ergebnis der unempathischen Anwendung der psychoanalytischen Methode.

Hier ein kurzes Beispiel dafür, wie Kernberg seine Aufgabe als Therapeut gegenüber Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation erklärt (Clarkin, Yeomans u. Kernberg, 2008, S. 149):

»Meine Aufgabe besteht darin, Ihnen so aufmerksam wie möglich zuzuhören, und das von Ihnen Gesagte dann zu kommentieren, wenn es zu einem besseren Verständnis Ihrer Person führen könnte. Gelegentlich kann es vorkommen, dass Sie mich etwas fragen und ich nicht darauf antworte. Es könnte auch Situationen geben, in denen Sie wünschen, ich möge etwas sagen, ich aber im Moment nichts zu sagen habe. Es ist mir jedoch immer wichtig zu erfahren, wie Sie die Situation und das, was gerade abläuft, erleben. Mitunter werden Sie auch wünschen, ich möge Ihnen einen Rat geben und Ihnen sagen, was Sie machen sollen. Das werde ich jedoch nicht tun. Ziel unserer Therapie ist, Sie in Ihrer Fähigkeit, über sich selbst und andere nachzudenken, zu unterstützen. Dies soll Ihre Unabhängigkeit und Ihr selbständiges Handeln fördern und Ihnen helfen, zu eigenständigen Entscheidungen zu gelangen. Es wäre auch eine Anmaßung meinerseits, vorzugeben, ich wüsste, was für Sie am besten ist. Aus allen diesen Gründen wird meine Position darin bestehen, Ihnen dabei behilflich zu sein, zu verstehen, was Sie eigentlich möchten und welche Konflikte sich daraus für Sie ergeben, anstatt Ihnen zu sagen, was Sie tun sollen. Bezüglich der Schweigepflicht ist es so, dass alles, was wir hier besprechen, unter uns bleibt und ich keine Informationen nach außen weitergeben werde, bevor wir hier nicht darüber gesprochen haben und ich eine von Ihnen unterzeichnete Schweigepflichtentbindung vorliegen habe. Die einzige Ausnahme von dieser Regel besteht darin, dass, wenn Sie Ihr eigenes Leben oder das Leben eines anderen bedrohen, Sie mich dazu zwingen, die notwendigen Schritte zu unternehmen – was einen Bruch meiner Schweigepflicht bedeuten kann –, um Sie oder eine dritte Person zu schützen.«

Die Gemeinsamkeiten psychodynamischer Ansätze lassen sich hinsichtlich der Aufgaben des Therapeuten folgendermaßen zusammenfassen: In einem stabilen therapeutischen Rahmen soll der Therapeut elastisch genug sein, eigene Aktivität bzw. Passivität an den inneren Möglichkeiten des Patienten zu orientieren. Hierbei spielen das kognitive Vorwissen, aber auch die Fähigkeit, Frustrationen und Unsicherheit auszuhalten, eine wichtige Rolle. Insgesamt gilt für psychoanalytische Therapien, dass bestimmte problematische Erlebnis- und Verhaltensweisen, die bislang Ich-synton waren, Ich-dyston werden sollen. Deutungen von unbewusstem Material werden bei schwerer gestörten Patienten vor allem dann wirksam, wenn sie sich auf die aktuelle therapeutische Situation beziehen lassen und zusätzlich die momentane die Affektivität des Patienten adressieren können.

Hierbei hilft die Vorstellung einer Theaterbühne: Welche Rolle nimmt der Patient (in seinem Erleben) auf dieser Bühne ein und in welcher Rolle erlebt er dabei wohl den Therapeuten? Und: Wie ist der Affekt, der beim Patienten in diesem Moment gegenüber dem Objekt

(= Therapeut) vorherrschend ist? Unschwer lässt sich in dieser Vorstellung der objektbeziehungspsychologische Aspekt der übertragungsfokussierten analytischen Psychotherapie nach Kernberg wiedererkennen. Eine Deutung könnte etwa folgendermaßen lauten: »Sie fühlen sich im Moment wie ein Kind, das von seinem Vater gleichgültig mit den eigenen Problemen hängen gelassen und arrogant abgewiesen wird; das macht Sie traurig und wütend zugleich!«

Bei diesem Beispiel wird die eigene, gefühlsgetönte Wahrnehmung in eine kognitive Verbalisierung gegossen. Darin wird die angenommene innere Situation des Subjekts (= Patient) zum Objekt (= Therapeut) in Beziehung gesetzt; die Beziehungsepisode wird außerdem charakterisiert durch die wahrscheinlich vorhandene Affektlage des Patienten. Kritisiert der Patient die gemachte Deutung, so ist es möglich, mit dem Patienten Korrekturen an der Deutung vorzunehmen, die auch nach seinem Erleben zutreffend sind.

Der genetische bzw. biographische Aspekt wird hierbei nicht in erster Linie akzentuiert, weil er im aktuellen Erleben sehr oft nicht verfügbar, weil abgespalten ist. So gesehen handelt es sich bei diesen Deutungen meistens nicht um die Deutung von kohärenten Objektbeziehungen, sondern um die Deutung von Beziehungsfragmenten bzw. Teilobjektbeziehungen.

Für den Verlauf der Einzelbehandlung ist es dann von entscheidender Bedeutung, wie der Patient auf solche Interpretationen im Hier und Jetzt reagiert. Wenn er sich richtig gesehen und verstanden fühlt, nicht aber entwertet, gekränkt oder verachtet, dann hat er auf diesem Wege die Chance, sich selbst neu und vielleicht zusammenhängender zu verstehen. Wenn er jedoch immer wieder das hilfreiche und verständnisvolle Bemühen des Therapeuten als Angriff und destruktive Kritik versteht, so muss auch das deutend aufgegriffen werden. Hier ein Fallbeispiel:

Eine 38-jährige Patientin mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung hatte »versehentlich« für den Tag der letzten Therapiesetzung vor dem Urlaub des Therapeuten ihre eigene Abreise in den Urlaub geplant. Hektisch und aggressiv gereizt denkt sie (laut) darüber nach, wie das Problem gelöst werden könnte. Zwei alternative Terminvorschläge des Therapeuten werden von der Patientin schroff abgelehnt. Als die Patientin fortfährt, gereizt und ärgerlich auf den Therapeuten zu sein, sagt er zu ihr: »Wie können wir eigentlich verstehen, dass Sie so sauer auf mich sind? Schließlich haben Sie eine Fehlleistung begangen, indem Sie die letzte Stunde vor meinem Urlaub

verplant haben. Jetzt, wo ich bemüht bin, Ihnen einen Ausweichtermin zur Verfügung zu stellen, reagieren Sie ganz aggressiv auf mich – fast so, als sei ich für Ihren Fehler verantwortlich.«

Nun kann die Patientin sagen, dass es sie ärgert, dass sie sich immer nach dem Therapeuten richten muss und niemals selbständig ihren eigenen Urlaub bestimmen kann. Außerdem ärgert sie die Aussicht, für eine ausgefallene Stunde »Strafe« zahlen zu müssen. Nachdem sie in der Beziehung Verständnis für ihren Ärger auf Seiten des Therapeuten erleben konnte, kommt sie auch in der Lage, wahrzunehmen, dass wirklich eine hilfreiche Aktivität vom Therapeuten zur Kompensation ihrer Fehlleistung ausgegangen ist.

In der Beziehung zu seinem Patienten konzentriert sich der psychoanalytische Therapeut also nicht in erster Linie auf den objektiven Charakter der Fakten. Er liest quasi zwischen den Zeilen und lässt vor allem die subjektive Bedeutung der Mitteilungen des Patienten auf sich wirken. Die dann folgende therapeutische Aktivität ist eine kognitive Leistung, die der Patient nachzuvollziehen aufgefordert wird: Es handelt sich um eine deutende Interpretation, die Zusammenhänge formuliert, welche sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten bislang nicht bekannt bzw. unbewusst waren. Im günstigen Fall wird dabei Bezug auf strukturelle Entwicklungsdefizite oder unbewältigte Konflikte genommen. Diese liegen zwar lange zurück, aber in aktuellen Beziehungen des Patienten erfahren sie immer wieder eine Art Neuauflage.

### **Die Aufgabe des Patienten**

Wie oben erwähnt, muss der Patient vor der Therapie erfahren, was auf ihn zukommt. Er muss darauf vorbereitet sein, dass er nicht mit einem Alltagsdialog rechnen kann, und er muss wissen, was seine Verantwortung für die Durchführung der Therapie ist. Dazu gehört, dass er weiß, dass er zu den Sitzungen, die ausschließlich für ihn reserviert sind, auch erscheinen muss. So banal das klingt, so selbstverständlich ist es aber nicht für alle Patienten: Wird eine vorherige, gründliche Aufklärung unterlassen, so behalten manche Patienten das Gefühl, dass sie folgenlos wegbleiben können, wenn sie nicht kommen können oder nicht kommen wollen. Die Finanzierung der stattfindenden, aber auch der ausfallenden Sitzungen muss klar geregelt sein. Das Wichtigste ist natürlich das Verhalten des Patienten in der Therapie: Immer wieder erwarten Patienten, dass der Therapeut die

Sitzung eröffnet, dass er dem Patienten Fragen stellt – dass also der Therapeut die Arbeit des Patienten macht. Es ist nicht selten, dass Patienten richtiggehend gereizt reagieren, wenn sie auf ihre Verantwortung für den Stundenverlauf hingewiesen werden. Diese Passivität ist durch vielerlei Erfahrungen der Patienten – nicht zuletzt im Medizinbetrieb – entstanden.

Lassen wir Kernberg wieder zu Wort kommen, der seine Patienten über ihre Verantwortung für die Therapie folgendermaßen instruiert (Clarkin, Yeomans u. Kernberg, 2008, S. 147):

»Ihre Aufgabe in der Therapie besteht darin, frei über alles zu sprechen, was Ihnen in den Sinn kommt, besonders über die Probleme, die Sie zur Therapie geführt haben. Unser Ziel ist, die unbekanntesten Beweggründe für Ihr Verhalten kennen zu lernen. Obwohl es Ihnen gelegentlich schwerfallen mag, dies zu befolgen, ist es wichtig, dass Sie Ihre Gedanken, ohne sie zu zensieren, mitteilen. Dabei kann es sich auch um Gefühle, Träume, Fantasien usw. handeln. Ihr Gedanke kann auch die Form einer Frage an mich annehmen. Je nachdem, was ich im jeweiligen Augenblick für therapeutisch sinnvoll halte, werde ich darauf antworten oder auch nicht. Zusätzlich zu dieser allgemeinen Regel, alles zu erzählen, was Ihnen in den Sinn kommt, sollten Sie grundsätzlich Ereignisse in Ihrem Leben, die ein Risiko für Ihre Gesundheit oder für die Fortsetzung der Therapie darstellen, bevorzugt zur Sprache bringen, ehe Sie sich irgendwelchen anderen Themen zuwenden. Wenn Sie z. B. erfahren, dass Sie aus bestimmten Gründen umziehen müssen, ist es wichtig, dies unmittelbar zu thematisieren, noch ehe Sie über andere Dinge sprechen, die Ihnen gerade in den Sinn kommen.«

Es ist prognostisch günstiger, wenn der Patient sich vorstellen kann, dass ihm seine Aufgabe in der Therapie manchmal schwerfallen könnte. Wenn er dagegen »großzügig« über seine Aufgabe hinweggeht und mit der Therapie »erst mal loslegen« will, darf man getrost mit Schwierigkeiten rechnen und mit Konflikten, die ihren Grund in der Unfähigkeit des Patienten haben, realistisch zu planen und (ohne Verleugnung) zu antizipieren, dass er mit einer Aufgabe Schwierigkeiten haben könnte.

Prognostisch ungünstig wäre z. B. auch, wenn ein Patient den Vorschlag des Therapeuten, den übermäßigen Alkoholgenuß einzustellen, so beantwortet, dass er erst nach seinem Geburtstag abstinent vom Alkohol leben will. Oder: Eine essgestörte Patientin meint, keinen Arzt finden zu können, der sie parallel zur geplanten Psychotherapie internistisch begleitet. Oder: Ein suizidaler Patient kann sich nicht dazu durchringen, Verabredungen mit dem Therapeuten zu treffen, die seiner Sicherheit dienen sollen.

## Das Zusammenpassen in der therapeutischen Beziehung

Es hat lange gedauert, bis die Psychotherapieforscher ihr Forschungsinteresse auch dem Therapeuten zugewendet haben. Schon 1964 hatte Riemann nachdrücklich darauf hingewiesen, dass jenseits von Gegenübertragung im nur technischen Sinne sowie jenseits der durch die eigene Lehranalyse erreichte Lösung eigener Problematik die Struktureigentümlichkeit des Analytikers den Behandlungsverlauf mitprägt und im Übrigen auch zu möglichen strukturspezifischen Fehlerquellen führen kann. Rudolf et al. (1988) und Porsch et al. (1988) stellten fest, dass es auf das Zueinanderpassen von Patient und Therapeut für den Behandlungserfolg sehr ankommen würde. Sie stellten weiterhin fest, dass sich bereits im anamnestischen Erstgespräch die vorhandene Beziehungskonstellation beobachten ließe. In der Regel lässt sich schon an der Interaktion während der probatorischen Sitzungen (also vor Beginn der eigentlichen Therapie im kassenrechtlichen Sinn) ablesen, welches Beziehungsgefüge sich (re-)konstituiert haben könnte, das etwas mit dem Kernkonflikt des Patienten zu tun hat. Gelingt es dem Therapeuten, sich selbst und den Patienten im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen in dieser Hinsicht zu verstehen, so kann dieses Verstehen eine Art Grundstein für die bevorstehende Behandlung werden und als günstiges prognostisches Kriterium gelten. Im Fall einer modifizierten analytischen Behandlung lässt sich aus der initialen Szene – eventuell unter Hinzuziehung biographischer Daten – ein psychodynamischer Fokus (s. a. Lachauer, 2004) formulieren, der im Behandlungsverlauf ein Schwerpunkt für deutende Interventionen werden kann.

Immer geht es in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei weitem nicht nur um den manifesten Text, der zwischen Therapeut und Patient »zur Sprache« kommt. Vielmehr geht es auch um eine innere, untergründige Haltung, die sich im Tonfall sowie in Mimik und Gestik äußern kann. Hier ein eigenes Fallbeispiel:

Ein 28-jähriger Mann mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (auf niedrigem Borderline-Organisationsniveau nach Kernberg) begann die 65. Therapie-sitzung (Frequenz: zweimal pro Woche) mit einem zweiminütigem Schweigen.

*Therapeut:* Sie schweigen!

*Patient:* Ja!

– kurze Pause –

*Therapeut:* Ich frage mich natürlich trotzdem, was Ihnen wohl gerade durch den Kopf geht bzw. in welcher Stimmung Sie sind.

*Patient:* Ich möchte heute nichts sagen, ich bin müde! (Patient gähnt)

*Therapeut:* Sie fühlen sich heute besser, wenn ich ein bisschen auf Distanz bleibe und Sie in Ruhe lasse?

*Patient:* Nein – das hat alles nichts zu bedeuten, ich bin einfach nur müde. Es ärgert mich, wenn Sie mich nicht in Ruhe lassen und immer herumbohren.

*Therapeut:* Ich verstehe gut, dass Ihre Müdigkeit es Ihnen schwer macht, mit mir zu sprechen. Auf der anderen Seite bringen Sie mich auf die Idee, dass es außer der Müdigkeit zusätzliche Gründe geben könnte, weswegen Sie sich zurückziehen.

*Patient (zunehmend ärgerlich und lauter):* Jetzt bohren Sie schon wieder, offenbar wollen Sie mich provozieren! Ich kann das auf den Tod nicht ab –

*Therapeut:* Sie möchten in Ruhe gelassen werden und fühlen sich von mir verfolgt! Das macht Sie total wütend.

– kurze Pause –

*Therapeut:* Ja, was meinen Sie denn, warum es Ihnen so schwerfällt, mir Ihre Gedanken mitzuteilen?

*Patient:* Es sind zu viele Gedanken! Es wäre mir am liebsten, wenn ich wüsste, was Sie hören wollen, was heute dran ist. Und außerdem habe ich gar nicht das starke Bedürfnis, Ihnen überhaupt irgendetwas zu erzählen. Es ist mir lieber, wenn Sie anfangen zu reden, mir irgendeine Hilfsschnur geben, damit ein Thema zustande kommt. – Wenn Sie dann aber reden, sagen Sie eigentlich auch nicht das Richtige.

*Therapeut:* Würden Sie denn lieber schweigend dasitzen und abwarten?

*Patient (spricht zackig, abgehackt und aggressiv):* Nein, nein – keinesfalls – dann würde ich Reißaus nehmen. Fünf Minuten abwarten, das sind für mich schon Stunden!

– circa eine Minute Pause –

*Therapeut:* Ich glaube, dass ich jetzt etwas Wichtiges von Ihnen verstanden habe: Sie sprechen im Augenblick in einem sehr zackigen, militärischen Befehlstone zu mir. Ich glaube ich kann jetzt nachvollziehen, wie es Ihnen ergangen ist, als Ihr Vater – er ist ja Offizier – streng zu Ihnen gesprochen hat und Sie gar nicht wussten, wie Sie es ihm recht machen können.

– kurze Pause –

*Patient (klingt plötzlich ganz weich und freundlich):* Oh, das tut mir leid.

*Therapeut:* Sie sind in großer Not gekommen, als Sie das Gefühl bekamen, ich hätte Erwartungen, denen Sie nicht gerecht werden können. Es waren aber Ihre eigenen Erwartungen, von denen sie glaubten, ich hätte sie. Zusätzlich machte sich in Ihnen jene Befehlsseite bemerkbar, die Sie nur von ihrem Vater her kannten. Jetzt mussten wir erkennen, dass diese Befehlsseite auch etwas Charakteristisches von Ihnen selbst sein kann.

Der kurze Stundenausschnitt zeigt, wie das manifeste Verhalten und das manifeste Gespräch Ausgangspunkt für eine untergründige Psychodynamik sind, die sich im Gespräch erst noch entwickeln musste. Der Patient hat eine Einsicht gewonnen, die nur in Verbindung mit dem dazugehörigen Affekt wirksam bzw. korrigierend werden kann. Die Psychodynamik musste vorher in der therapeutischen Beziehung entstehen, damit man sie erkennen und dann verstehen konnte. Genau darum ging es auch Sigmund Freud (1912) als er schrieb: »Es ist unleugbar, dass die Bezwingung der Übertragungsphänomene dem Psychoanalytiker die größten Schwierigkeiten bereitet, aber man darf nicht vergessen, dass gerade sie uns den unschätzbaren Dienst erweisen, die verborgenen und vergessenen Liebesregungen der Kranken aktuell und manifest zu machen, denn schließlich kann niemand in absentia oder in effigie erschlagen werden.«

Bei dem kurzen Fallbeispiel wird etwas Weiteres deutlich: Die Haltung des Therapeuten ist in diesem Fall konfrontativ. Ein Therapieverlauf in einer selbstpsychologisch akzentuierten Behandlung wäre gewiss weniger konfrontierend und würde stattdessen die empathische Haltung des Therapeuten in den Vordergrund treten lassen. Während im vorliegenden Fall Fragmentierungen des Selbst als Teilobjektbeziehungen deutend aufgegriffen wurden, würden diese im Fall einer selbstpsychologischen Betrachtung als notwendige Bewältigungsstrategie angesehen, mit denen sich das Selbst vor Fragmentierungen schützen muss.

Die damit angesprochene Technikdebatte ist so gesehen ein Thema, das die Diskussion innerhalb der Psychotherapie und der Psychotherapieforschung dauerhaft beschäftigen muss. Für die konkrete Frage nach der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung in der Einzeltherapie bleibt die Schulausrichtung des Therapeuten somit eine wichtige Einflussgröße im therapeutischen Prozess.