

Macht und Ohnmacht des Psychotherapeuten

Reiner Schwarz

Der Mächtige macht sich stets verdächtig: Ihm wird unterstellt, seine Macht nicht rechtmäßig erworben zu haben und sie danach zu *missbrauchen*. Der oder die Ohnmächtige genießt Schutz und Anerkennung als *Opfer*. Diese Unterscheidung ist am klarsten über einem männlichen Machthabenden und einem weiblichen Opfer. Einer mächtigen Frau mit eher getraut. In der jetzt hundertjährigen Geschichte der Psychotherapie haben sich gewisse klischeehafte Einstellungen und Meinungen über Psychotherapeuten in unserer Kultur etabliert, die vor allen Dingen in den Massenmedien weite Verbreitung finden. Sie sind bedeutsam, trotzdem sie meines Erachtens wenig mit der Realität zu tun haben, die man im Sprechzimmer eines Psychotherapeuten antrifft. Denn sie prägen die innere Einstellung von Patienten und bestimmen deren Verhalten in der Therapie in unterschiedlicher Weise mit. Wir Psychotherapeuten wissen, dass die medialen Klischees oft sehr wenig mit unserer Arbeitswirklichkeit zu tun haben, trotzdem mag für manche die Vorstellung des mächtigen, vielleicht bösen oder unendlich guten Psychotherapeuten trotz aller Irrealität eine gewisse Attraktivität behalten. Ich möchte folgende Aspekte unterscheiden:

1. Dem Psychotherapeuten wird unterstellt, er habe die Macht, mit Hilfe seiner Worte oder seiner Handlungen neurotisches oder psychosomatisches Leiden aus der Welt zu schaffen, ohne dass der Patient Wesentliches dazu beitrüge oder sich gar ändern müsste. Diese Vorstellung lässt viele eine Psychotherapie beginnen, sie wird - versteckt hinter mancherlei Mystifikationen - nicht selten auch geäußert. Ein Beispiel:

Eine 45-jährige Frau schildert in diffuser Form verschiedene psychosomatische Beschwerden und gibt szenisch zu erkennen, dass es ihr sehr schlecht ginge und sie dringend Hilfe braucht. Plötzlich konkretisiert sie, was sie will: „*Können Sie mich da herausholen?*“

Vielen Patienten mit reiferen Persönlichkeitsstrukturen ist der illusionäre Charakter solcher Wünsche kognitiv bewusst, was nicht bedeutet, dass verleugnete passive Heilungserwartungen auch im Weiteren wirksam sind. Professionelle Helfer gehen erfahrungsgemäß unterschiedlich mit diesen - letztlich immer unerfüllbaren - Erwartungen um: Manche fühlen sich rasch unangenehm unter Druck gesetzt und grenzen sich frühzeitig mit einer gewissen Entschiedenheit ab, wodurch sich gelegentlich Patienten enttäuscht von der Psychotherapie abwenden. Andere hingegen mögen versteckt ein gewisses narzisstisches Hochgefühl empfinden, wenn man auf sie als einer derart machtvollen Person setzt und unterstützen dann derartig weitreichende Erwartungshaltungen mehr oder weniger direkt. Insbesondere dann, wenn im weiteren Verlauf der Behandlung Idealisierungen der Therapeutin oder des Therapeuten in Frage gestellt werden oder gar zusammenbrechen, ist die Enttäuschung groß.

2. Die unterstellte Machtfülle beinhaltet immer auch einen zweiten, negativen und bösen Aspekt: Denn wenn der Psychotherapeut so machtvoll ist, dass er *heilen* kann, dann könnte er auch die Macht missbrauchen, indem er die Patientin oder den Patienten mit geheimen Mitteln unter seiner Kontrolle bringt. Patienten befürchten sehr intensiv den Verlust einer eventuell mühsam erworbenen Autonomie. Diese unbewusste Angst ist oft eher diffus und vage (dabei gleichzeitig aber intensiv) und drückt sich eher indirekt im gewissen Ungereimtheiten des Verhaltens aus. Ein Beispiel:

Reiner Schwarz: Macht und Ohnmacht des Psychotherapeuten

Bei einem knapp 40-jährigen Handwerksmeister bestehen seit der Jugend eine schwere angstneurotische Symptomatik mit Suchtmittelmissbrauch und er ist bezüglich Psychotherapie extrem misstrauisch. Er fordert im Erstgespräch einen erfolgreichen Abschluss der Psychotherapie nach wenigen Monaten, da er dann - natürlich beschwerdefrei - in Urlaub fahren wolle.

Was hier als eine überzogene, ja geradezu freche Forderung erscheint, war vom Patienten quasi naiv ohne bewusst wahrgenommene Aggression gesagt worden. Er wollte auf keinen Fall *abhängig* werden, den Therapeuten nötig brauchen und auf ihn angewiesen sein. Dann müsste er auch fürchten, der Therapeut könnte von sich aus die Behandlung beenden und ihn „rausschmeißen“. Der Patient stellte seine Beschwerden als körperlich bedingt dar und klagt über diese heftig. Er vermied es zunächst, über seine sehr problematische Ehesituation zu sprechen, da er sich dieser schämte. Als es ihm trotzdem quasi ausrutschte, war danach verunsichert, aber in die Vertrauensbasis wuchs, als er merkte, dass er nicht ausgeschimpft wird. Denn so sehr ich glaube, dass die reale Macht von Psychotherapeuten recht begrenzt ist, fürchten Patienten doch gerade diese Situation zurecht: Wenn subjektiv Hochschamhaftes zur Sprache kommt ist der Patient sehr verletzlich und ganz darauf angewiesen, taktvoll behandelt zu werden.

Zur *realen Macht* von Psychotherapeuten mit gehörte meines Erachtens auch die Gefahr, narzisstisch gestörte Patienten durch Kränkungen in ihrem labilen emotionalen Gleichgewicht empfindlich zu stören. Menschen mit geringem Selbstwertgefühl reagieren bekanntlich auf jede Kritik, nicht nur in der Psychotherapie, hoch empfindsam und entwickeln Krisen. Das besondere an der therapeutischen Situation kann darin bestehen, dass der Patient sich zunächst geöffnet hat und etwas preisgab, was er in einer Alltagssituation nicht täte. Die Kränkung kann ohne Absicht erfolgen, manchmal durch eine dahingeworfene, scheinbar banale Bemerkungen. Voraussetzung ist immer auch, dass die Therapeutin oder der Therapeut als Autoritätsperson angesehen wird, deren Wort gilt.

Manche Personen können in Therapien auch unabhängig von narzisstischen Kränkungen destabilisieren, ein Beispiel:

Ein Anfang zwanzigjähriger Patient berichtet zu Beginn seiner Psychotherapie über verschiedene Geschehnisse in seiner Kindheits- und Jugendentwicklung, die eine kritische Sicht von Vater und Mutter nahe legen. Diese ist völlig neu für den Patienten, er hatte vor immer gedacht, dass seine Eltern immer gut gewesen seien. In diesen Stunden reagiert er ausschließlich nachdenklich, so dass es schien, der Patient entwickelte sich gut und korrigiere vorher verzerrte innere Bilder. Erst viel später berichtet der Patient, dass er nach diesen Stunden in halsbrecherischer Weise mit überhöhter Geschwindigkeit mit dem Auto nach Hause fuhr. Das schlechte Gewissen, vor allen Dingen von der Mutter schlecht gesprochen zu haben, quälte ihn enorm und führte zu einem diffusen körperlichen Spannungszustand, der ihn mit dem Auto rasen ließ ohne dass ihm eine suizidale Absicht bewusst gewesen wäre.

Bei all diesen kritischen Anmerkungen gilt es natürlich unsere psychotherapeutischen Arbeitsmittel, die uns in die Lage versetzen, Menschen zu helfen, nicht zu vergessen. Unser machtvollstes Mittel ist sicher eine gute therapeutische Beziehung und Empathie, wobei die Behandlungstechniken der verschiedenen therapeutischen Schulen jeweils hinzutreten. Tabelle 1 stellt das oben gesagte zusammenfassend dar:

Reale Macht	positiv	gute Beziehung Empathie therapeutische Techniken (Deutungen, neue Lernerfahrungen)
	negativ	Beschämung narzisstische Kränkung Zusammenbruch von Idealisierungen „Rauswurf“
Fantasierte Macht	positiv	„heilen“
	negativ	Verlust an Autonomie

Wie stellt sich nun das Kontinuum von Macht und Ohnmacht für Psychotherapeuten dar? Die meisten fühlen sich in der Realität gar nicht so mächtig, sie nehmen eher, durchaus realistisch, die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten wahr. Vorwiegend bei den so genannten frühgestörten Patienten mit strukturellen Persönlichkeitsstörungen stellt sich rasch ein Gefühl der *Ohnmacht* ein, wenn man mit klagsamen, fordernden Patienten zu tun hat, die sich unendlich leidend darstellen und sich selbst als völlig hilflos darbieten. Dieser Hilflosigkeit wird dann auch auf die Behandler projiziert. Viele Patienten mit langanhaltender Symptomatik neigen dazu, ihre Schwierigkeiten trotz verstandesmäßiger Einsicht oft sehr lange nicht überwinden zu können und tragen Stunde für Stunde immer wieder dieselben Probleme vor. Welche Strategien finden sich in der therapeutischen Praxis zur Überwindung dieser Probleme?

1. Frühgestörte Patienten neigen ausgesprochen dazu, andere für ihre Schwierigkeiten anzuklagen. Widerspricht man ihnen oder stellt ihre aggressive Anklage an die Welt auch nur vorsichtig in Frage, bekommt man es in der therapeutischen Beziehung unmittelbar mit der Wut solcher Patienten zu tun. Bald ist man dann genauso böse wie Vater oder Mutter, Ehepartner oder Vorgesetzter. Viele Psychotherapeuten vermeiden diese Situation möglichst und würden niemals aggressiven Projektion von Patienten widersprechen. Meines Erachtens geht dies nicht selten soweit, das unter dem Angst machenden Druck klagender Patienten manche Therapeuten auch innerlich zustimmen: Therapeutin oder Therapeut glauben nun auch selbst, dass der Patient ausschließlich ein reines Opfer ist, das für seine Probleme keinerlei Verantwortung trägt und dem massives Unrecht angetan worden ist. Mir sind Einzelfälle bekannt, in denen psychiatrisch nicht ausgebildete Psychotherapeuten den Verfolgungswahn ihrer Patienten für wahr erachteten. Hier unterwerfen sich Psychotherapeuten der aggressiven Macht der Anklage. Die Psychotherapie wird reduziert auf einem Ort, in der kräftig geschimpft werden kann, wobei aber deutlich werden sollte, dass so ein echter therapeutischer Fortschritt niemals erreicht werden kann.

2. Nicht wenige versuchen, doch Mittel und Wege zu finden, diese in sie gesetzten Heilerwartungen zu befriedigen. Dies geschieht häufig mit dem Hinweis, dass man zwar wisse, dass man generell nicht in diesem Sinne *heilen* könne, der besondere Fall und die besondere Situation aber ein anderes Vorgehen rechtfertige bzw. zwingend notwendig mache. Eben diese Patientin oder dieser Patient leide eben derartig stark, dass man etwas tun *müsse*. Die Attraktivität alternativer, nicht schulmedizinischer Methoden, z. B. Schamanismus oder Esoterik erklärt sich meines Erachtens aus dieser Situation: Therapeuten ziehen quasi überirdische, göttliche Kräfte mit hinzu, um sich nicht mehr ohnmächtig und hilflos zu fühlen. Die Psychotherapie wird hier zu einem religiösen Ritual, der Therapeut ist Stellvertreter einer überirdischen Macht und verfügt über deren Mittel. Wenn der Patient dem folgt, hat dies meines Erachtens mit Idealisierungen zu tun. Kurzfristig wird dann manches besser, auf die Dauer bleibt alles beim Alten.

3. Wie bereits oben erwähnt gilt nicht nur in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie eine warmherzige und positive Einstellung zu Patienten als therapeutisch wirksam und ist damit unbestrittener Teil der therapeutischen Instrumente, die einem Therapeuten Macht in diesem positiven Sinne geben. Nun ist jedem klar, dass es nicht leicht ist, immer warmherzig zu sein, zumal wenn die bereits erwähnten strukturell gestörte Patienten mit heftigen, negativen Affekten auftreten, die keinen gleichgültig lassen. Die Darbietung von Verständnis kann leider in manchen Fällen - auch hier unter dem Druck heftiger, Angst auslösender aggressiver Affekte - zu einer hohlen Phrase werden:

Eine Patientin berichtet von ihrer früheren Psychotherapeutin, dass diese ihr vollstes Verständnis für sie versicherte, noch vor sie einen Satz zu Ende sprechen konnte. Das „*ich kann sie so gut verstehen*“ erschien ihr gebetsmühlenartig.

Tabelle 2 fasst dies nochmals zusammen:

Ohnmachtsgefühle beim Therapeuten
Projektion von Hilflosigkeit
Macht des Patienten
(Kränkung, Depotenzierung, Erzeugung heftiger negativer Affekte, auch inneres Mitnachvollziehen von Projektionen bis folie a deux)

Abschließend möchte ich einige Auswege aus den geschilderten Dilemmata aufzeigen. Die Hinweise gelten vorwiegend für frühgestörte Patienten, bei reiferen Personen wird man weit seltener mit dem Problem von Macht und Ohnmacht ernsthaft konfrontiert.

- Es ist zwingend notwendig, dem Patienten frühzeitig die realen Möglichkeiten einer Psychotherapie mitzuteilen. Passive Heilungserwartungen müssen so früh wie möglich benannt und konkret frustriert werden. Wichtig dabei ist, dass eine emphatische Haltungen gegenüber diesen regressiven Wünschen aufrechterhalten bleibt, etwa in diesem Sinne: „*Sicher wäre es schön, könnte ich sie gesund machen*“.
- Frühgestörte Patienten bringen zwingend heftige negative Affekte in die Therapie. Ein therapeutischer Fortschritt ist nur möglich, wenn diesen nicht ausgewichen wird. Da sich die Wut dann immer auch gegen die Therapeutin oder den Therapeuten richtet, sind Konfrontationen und Grenzziehungen zwingend.
- Jeder therapeutisch Tätige ist aufgerufen, seiner eigenen Affekte und inneren Einstellung ständig zu überprüfen. Im Umgang mit schwierigen Patienten ist jeder mit seinen eigenen fundamentalen Gefühlen konfrontiert, da sie im Behandler selbst wach werden (projektive Identifizierung). Der eigene, immer vorhandene Frühstörungsanteil muss differenziert bearbeitet sein, um mit entsprechenden Patienten gut umgehen zu können. Vereinfachende, übergeneralisierte Konzeptualisierungen, welche die stets vorhandene Ambivalenz unterschlagen (z. B. reines Opferdenken) führen zu therapeutischer Wirkungslosigkeit.

Tabelle 3 fasst zusammen:

Auswege:	
negativ:	„immer lieb sein“ rekurrieren übersinnlicher Kräfte
Positiv:	maßvolle Konfrontation mit realen Möglichkeiten des Therapeuten innerlich kritische Sicht beibehalten

