

Teil I: Allgemeines zur therapeutischen Haltung

1 Eine erste Annäherung

Was können und wollen wir eigentlich unter einer therapeutischen Haltung verstehen? Dies wird teils kontrovers, teils zu wenig diskutiert. Da ein Schwerpunkt dieses Buches eine Darstellung der Sicht der Analytischen Psychologie Jungs ist, werde ich die in dieser Perspektive gängige Vorgehensweise des Umkreisens und Assoziierens auch im Fortgang der Kapitel zugrunde legen und anwenden. Die Sicht der Analytischen Psychologie soll schwerpunktmäßig im zweiten der drei Teile des Buches im Vordergrund stehen.

In einer ersten Sichtung umfasst die therapeutische Haltung technische, ethische und spirituelle Aspekte. Sie stellt quasi die Grundlage allen therapeutischen, hier psychotherapeutischen Handelns dar. Doch wie kann man das beschreiben, was ein Therapeut macht? Wie macht er das? Welche Haltung begünstigt eine hilfreiche therapeutische Entwicklung? Im Weiteren soll es auch darum gehen, was die Analytische Psychologie zu einer angemessenen und zeitgemäßen psychoanalytischen Haltung beitragen kann. Wie sehr kommen sich in diesem Zusammenhang heute Psychoanalyse und Analytische Psychologie nahe?

Doch beginnen wir am Anfang:

Freud beschrieb die »gleich schwebende Aufmerksamkeit« des Analytikers als essenziell für den analytischen Prozess (»Man höre zu und kümmerge sich nicht darum, ob man sich etwas merke« (Freud, 1999, GW VIII, 378). Während der Patient, damals noch ausschließlich im Liegen, auf der Couch seinen Assoziationen freien Lauf lassen sollte, um die Abwehr zu unterlaufen, sollte der Analytiker seine zu den Erzählungen des Patienten auftauchenden Einfälle ohne Bewertung sammeln und die unbewussten Zusammenhänge zwischen diesen im Sinne eines »roten Fadens« auffin-

den. Seither hat sich nicht nur die Analytische Psychologie C. G. Jungs und seiner Nachfolger entwickelt, sondern mittlerweile hat die Psychoanalyse selbst einen Paradigmenwechsel durchlaufen, der als grundlegend anzusehen ist. Interessanterweise rehabilitiert dieser Wandel – ich spreche von der »intersubjektiven Wende« –, meist ohne es zu benennen, einige der grundlegenden Konzepte der Analytischen Psychologie, vor allem was die der intersubjektiven Begegnung Analytiker – Patient zugrunde liegenden Mechanismen und Vorstellungen betrifft. Diesbezüglich haben sich in der Psychoanalyse bereits seit einigen Jahrzehnten Vorstellungen eines intermediären Raumes, eines Feldes, eines »analytischen Dritten« etabliert, die auf frappierende Weise vieles von dem aufnehmen, was bereits in Konzepten der alchemistischen »Heiratsquaternion« (Jung, 1946) oder den eher transpersonalen Ideen der archetypischen Psychologie formuliert worden ist (z. B. Hillman, 2015). Es wäre billig und unredlich zu behaupten, dass Jung »alles schon gesagt hat«, um damit eine Haltung der Überlegenheit der Analytischen Psychologie zu begründen. Es wäre aber auch nicht angemessen, aufgrund der genannten Überschneidungen die Analytische Psychologie selbst als obsolet anzusehen, obwohl einige der modernen intersubjektivistischen Konzepte viele Ähnlichkeiten mit deren Konzepten aufweisen. Denn im Kern, dies wird im Abschnitt 7 über die archetypische Übertragung deutlich werden (► Kap. 7), gibt es einige wesentliche Unterschiede. Im Weiteren soll es in diesem Buch auch darum gehen, zu erklären, dass es genau diese Unterschiede zur klassischen und auch zur »postmodernen« Psychoanalyse sind, die die Essenz der Analytischen Psychologie ausmachen und die eine vertiefte Beschäftigung mit der Frage anmahnen, was diese unter einer angemessenen therapeutischen Haltung versteht. Über die möglichen Vorteile derselben und auch die sich möglicherweise daraus ergebenden Gefährdungen wird zu sprechen sein. Die jungianische therapeutische Haltung soll aber vor allem jene neugierig machen, die sich bislang noch nicht mit dieser Sichtweise beschäftigt haben und die nach einer Erweiterung ihrer bisherigen Perspektive oder alternativen Erklärungen für ihre Erfahrungen in der therapeutischen Tätigkeit suchen. Diesbezüglich reiht sich dieses Buch ein in eine Reihe des Kohlhammer Verlages, in der Konzepte der Analytischen Psychologie in ihrer heutigen Anwendung zur Darstellung kommen (vgl. z. B. Braun, 2016; Rafalski, 2018).

Der Begriff »therapeutische Haltung« ist selbst ein äußerst gehaltvoller und vielschichtiger. Eine therapeutische Haltung beinhaltet die Notwendigkeit zum Aufbau eines inneren Raums, der erlaubt, Gefühle und Reflexionen zum Wohle des Gegenübers zu halten, zu dosieren und nach entsprechender Metabolisierung auch in den expliziten Kontakt zurückzugeben. Je nach Vorerfahrung, Persönlichkeit und theoretischem Hintergrund wird aber diese therapeutische Haltung eine in gewissen Aspekten immer unterschiedliche Haltung sein, abhängig von der Person, die Therapie »ausübt«.

Wir werden sehen, wie der Wandel der Vorstellung von dem, was eine therapeutische Haltung ist, ganz wesentlich vom Wandel der theoretischen Vorstellungen über die Rolle des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung herrührt. Der Umbruch weg von einer Ein-Personen-Psychologie hin zu einer Zwei-Personen Psychologie im Zuge der intersubjektiven Wende zeigt, welche Implikationen dies auf das Selbstverständnis von analytischen Psychotherapeuten gehabt hat.

1.1 Was unterscheidet eine therapeutische Begegnung von einer Alltagsbegegnung?

Wenn sich im Alltag ein Freund oder Familienmitglied mit einem Problem an einen wendet, würden wir das als allgemein-menschlichen Vorgang ansehen und diesem zuhören oder mit irgendeiner Form von Zuwendung reagieren: Wir würden trösten, wir würden etwas zu trinken oder essen anbieten, wir würden für Ablenkung sorgen, wir würden einfach da sein, gerade wenn der andere wenig reden möchte oder von seinen Gefühlen überwältigt wird. Interpretationen, allzu nachforschende Fragen, schnelle Verweise darauf, dass man sich therapeutische Hilfe suchen sollte, würden zu Recht als verletzend, enttäuschend und unpassend empfunden.

Der Versuch des gegenseitigen »Therapierens« in einer Beziehung kann ebenfalls als Hinweis auf eine entgleiste und problematische Partnerbe-

ziehung gesehen werden, da diese Vorgehensweise zum einen zu wenig Triangulierung bieten kann, zum anderen aber durch ihre Asymmetrie ein Machtgefälle aufweist, das jedwede Beziehung verkompliziert. Die unabhängige Position des Therapeuten wird umgekehrt als essenziell für die Wirksamkeit einer hilfreichen therapeutischen Beziehung angesehen. Der mittlerweile klassisch gewordene Begriff des »Helfersyndroms«, wie er von Schmidbauer (1992) formuliert worden ist, beschreibt die Selbstüberforderung, die auch professionelle Helfer und Therapeuten befallen kann, wenn sie zu wenig persönlichen Abstand in der therapeutischen Beziehung aufrechterhalten können. Entgleist diese für ein hilfreiches Arbeiten notwendige Distanz, die innere Triangulierung, so kann es zu für alle Beteiligten fatalen Fehlentwicklungen und Entgleisungen kommen.

Wir werden das heute stark gestiegene und hoch differenzierte Nachdenken über die ethischen Dimensionen der therapeutischen Haltung im dritten Teil des Buches eingehender betrachten und dabei die partielle Relativität der Gewissheiten, über die ein Therapeut verfügt, verfolgen und feststellen. Die Frage nach der therapeutischen Haltung impliziert insofern immer eine Dynamik des »Lost and Found«: Therapeutische Haltung muss immer wieder neu erstritten werden, sie ist angreifbar, brüchig und kann unter Umständen verloren gehen. Aber sie kann auch meist wieder zurückgewonnen werden.

Der Unterschied zur eher symmetrischen, also prinzipiell gleichberechtigten Alltagsbeziehung ist vor allem durch eben diese therapeutische Haltung gegeben, das Ausscheren also eines der beiden Beteiligten aus der alltäglichen Situation. Eine solche Haltung ist dadurch gekennzeichnet, dass der therapeutisch Tätige sich das Recht herausnehmen darf, bestimmte, im Alltagsgebrauch vielleicht untypische, sehr persönliche Fragen zu stellen. Zudem wird ein Therapeut wenig Veranlassung sehen, sich selbst und seine Geschichte in das Gespräch einzubringen. Er akzeptiert ein Verständnis der Situation, das ihm erlaubt, bestimmte Theorien über menschliches Verhalten und die Psyche heranzuziehen, die er als hilfreich erachtet, das Gegenüber besser verstehen zu können und auch diesem damit zu einem erweiterten Verständnis seiner selbst zu verhelfen. Sich damit auch außerhalb der sonst üblichen sozialen Norm zu stellen, ist typisch. Der sonst vertraute Vorgang der intuitiven und schrittweisen

gegenseitigen »Selbstenthüllung«, das zunehmende gegenseitige sich ins Vertrauen-Nehmen – was auf beiden Seiten einigermaßen gleichmäßig vor sich gehen muss, soll die Beziehung weitergehen und sich vertiefen – ist außer Kraft gesetzt. In einem intersubjektivistischen Verständnis der therapeutischen Situation darf der Therapeut sich zwar mehr »einbringen«, aber immer im Rahmen des für den Patienten Hilfreichen. Wir kommen darauf zurück.

Für den Hilfesuchenden bedeutet diese Zurückhaltung des Therapeuten neben der Entlastung zunächst auch eine Frustration, denn er weiß wenig über den Helfer, weiß auch nicht, wie ihm dieser meint helfen zu können, jedenfalls nicht bevor dieser seine Vorstellungen offenlegt. Auch muss er Geduld haben, bis die Art der Hilfe, von der der Helfer meint, dass sie dem Hilfesuchenden weiterhilft, für ihn wirksam und spürbar geworden ist. Die dazu notwendige Frustrationstoleranz und damit das Aushalten von Spannung, das von beiden Beteiligten der therapeutischen Beziehung abverlangt wird, ist aber gleichsam *der* Motor der weiteren Entwicklung. Die Definition der therapeutischen Beziehung als asymmetrisch, weitgehend abstinent und als »Arbeitsbeziehung« will diesen Prozess fördern. Denn gerade die Zurückhaltung des Therapeuten und seine innere Triangulierung kann als hilfreich erlebt werden.

Als Therapeut benötige ich also eine bestimmte Vorstellung von mir und meinem Verhalten, sobald ich es als »therapeutisch« sinnvoll und hilfreich definieren will. Diese ethische Dimension therapeutischen Verhaltens ist ganz wesentlich für das Gelingen von Therapien. Es ist nicht einfach, das zu etablieren, was eine »therapeutische Haltung« ausmacht und was letztlich vielleicht auch einen guten Therapeuten befähigt. Im Hintergrund benötige ich dazu eine ethische Grundlegung meines Tuns. Es soll dem Patienten dienen. Dies zieht nach sich, dass es eines gründlichen und langen Ausbildungsprozesses bedarf, um die dazu notwendigen Sensibilitäten und Kompetenzen (vgl. Will, 2010) zu erwerben. Nicht erst heute geht es um die Einsicht, dass es nur eine fortwährende Selbstreflexion und andauernde Rückkoppelung zu Kollegen ermöglicht, die eigene therapeutische Haltung weiter aufrechtzuerhalten, auszubauen und differenzierend zu vertiefen. Auch Aspekte der Selbstfürsorge rücken immer deutlicher ins Bewusstsein (► Teil III). Therapeutische Haltung ist somit nicht ein einmal

zu erreichendes Ziel, auf dem man sich dann ausruhen dürfte, sondern eine Haltung, die auch die Einsicht in die eigene Vulnerabilität dieser Haltung beinhaltet. Eine herausragende Rolle spielt erfahrungsgemäß die eigene Selbsterfahrung, hier also die Lehrtherapie (bei tiefenpsychologischen Kollegen) oder die Lehranalyse.

2 Allgemeine Definitionen der therapeutischen Haltung

Eine erste Literaturrecherche zum Thema »Therapeutische Haltung« ergibt zunächst wenig Konkretes. Im »Psychotherapeutenjournal«, dem Organ der Psychotherapeutenkammern, beschreiben Preß und Gmelch:

»Die therapeutische Haltung ist ein im psychosozialen Bereich weit verbreitetes Konzept. Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schätzen sie als bedeutsames Personenmerkmal ein und vermuten Auswirkungen der Haltung auf die Qualität des psychotherapeutischen Angebots sowie die Entwicklung psychotherapeutischer Identität. In Praxis und Fachliteratur ist die Verwendung des Begriffs jedoch von sprachlicher Unschärfe und Mehrdeutigkeit gekennzeichnet, was die wissenschaftliche Erforschung der Haltung ebenso erschwert wie die Förderung ihrer Entwicklung im Ausbildungskontext« (Preß & Gmelch, 4/2014, S. 358).

Hervorgehoben wird, dass es je nach therapeutischer Schule ein unterschiedliches Verständnis von therapeutischer Haltung gebe. Die Gesprächstherapie etwa betone »Kongruenz, Wertschätzung bzw. bedingungsfreie Anerkennung und Empathie«, die Psychoanalyse kenne die Konzepte der »gleichschwebenden Aufmerksamkeit« und der »freien Assoziation«, die Verhaltenstherapie spreche von »Ressourcenorientierung, Engagement und Demut« (vgl. Preß & Gmelch, 2014). Es findet sich keine allgemeinverbindliche Definition. Dies lässt uns ratlos zurück: Ist es am Ende gar nicht möglich, das, was eine »therapeutische Haltung« ausmacht, näher zu bestimmen? Immerhin werden wir von verschiedenen therapeutischen Schulen auf entsprechende Nachfrage unmittelbar mit deren Dogmen und theoretischen Konstrukten konfrontiert, wie sie sich in oben genannten Begrifflichkeiten Ausdruck verschaffen. Wir wollen hingegen versuchen, noch einige Schritte zurückzutreten, um eine grundlegendere Definition in Angriff zu nehmen und um vielleicht auch deutlicher werden zu lassen, was der Beitrag der Analytischen Psychologie dazu ist.

Es sei bereits an dieser Stelle der Vollständigkeit halber hinzugefügt, dass speziell die Fähigkeiten zur Grenzsetzung oft ebenso wichtig wie die empathischen Fähigkeiten sind (vgl. Grimmer, 2018).

2.1 Berufsrecht und Verpflichtungen

Seit der Verkammerung der Psychotherapeuten mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 sind die berufsrechtlichen Bestimmungen für Psychotherapeuten festgeschrieben und bindend. So enthält die Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) Punkte, die zum einen die bereits erwähnten Verpflichtungen zu Sorgfalt, Abstinenz, Aufklärung und Schweigegebot enthalten. Ebenso finden sich in den Psychotherapierichtlinien viele auch indirekte Hinweise auf das, was von einem Therapeuten und seiner Haltung erwartet werden muss. Wenn sich Therapeuten in diesen Bereichen nicht regelgerecht verhalten, kann dies auch auf ihre Haltung in der Arbeit mit Patienten Einfluss haben, bis hin zu rechtlichen Konsequenzen.

All dies erfordert eine ethisch gut fundierte Haltung auch zu den Voraussetzungen des Tätigseins. Es geht darum, die damit verbundenen Frustrationen, zusätzlich zu der Belastung durch die eigentliche therapeutische Arbeit, auszuhalten und innerlich damit gut umzugehen.

Konsens besteht darin, dass es sich bei der therapeutischen Haltung um ein zeitlich stabiles Merkmal der Person handelt (z. B. Hoffmann & Hofmann, 2012). Schweizer hat vorgeschlagen, die therapeutische Haltung als »Schnittstelle« (2012, S. 247) zwischen Theorie und Praxis zu betrachten. Die »persönliche Philosophie« wird als eine Art kognitiver Rahmen verstanden. In den Bereichen der systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie gibt es eine Vielzahl eher technischer Arbeiten zum Thema »Haltung«.