

Was bedeutet die allmähliche Beendigung einer Psychotherapie für den Patienten?

von
Manfred Kalin
Inhaber der Dialogheilpraxis Kalin
www.therapie.de/psychotherapie/kalin
www.netzwerk-familientherapie.de

Wäre der reguläre Abschluss einer Psychotherapie ein kühl rational zu beschreibender Vorgang mit methodologischem Interessenschwerpunkt, dann ließe sich, wie es der folgende Autor beschreibt, recht wenig Wirbel darum machen.

Manfred Clemens schreibt hierzu: „Aufgrund des dem Psychischen innewohnenden Prinzips der Nachträglichkeit läßt sich keine ursprüngliche Bedürfnisdisposition feststellen. Was wir [nach der Therapie, Einfügung M. Kalin] finden sind „Umschriften“, deren Original nicht mehr auffindbar ist. Bestenfalls kann das Subjekt seine „eigene Geschichte“ aus der aktuellen Perspektive erzählen“.¹

Das vormals leidende Subjekt, der sich schon verabschieden sollende Patient/Klient, kann aber den je individuellen eigenen Schmerz des Abschieds noch nicht mit dem Gewinn wesentlich erweiterter Möglichkeiten, sein Leben zu gestalten, über die er nun verfügen wird, gegenrechnen. Es tritt in ihm Verwirrung auf, wenn er mit ansehen muss, dass das Missbehagen, von der nahen Bindung an einen Psychotherapeuten entlassen zu werden, sich nicht vom Unwohlsein früherer neurotischer Symptomkomplexe unterscheiden lässt.

„Die Beendigung einer Psychoanalyse impliziert eine polare Dynamik, weil Trennung immer an (...) Bindung und Beziehung gebunden ist“.² „Die besondere (...) Polarität der analytischen Situation besteht darin, dass sie die einzige bedeutsame menschliche Beziehung ist, die an einem bestimmten Punkt endet, aber nicht wie im realen Leben durch Tod, geografische Trennung oder dadurch, dass eine freundschaftliche oder

1 Clemens, Manfred: Psychoanalytische Sozialpsychologie. Grundlagen und Probleme. Gießen 1998, S. 60f.

2 Diederichs, Peter : Wovon müssen sich Analytiker und Analysand trennen? in Diederichs, Peter (Hrsg): Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien. Die Achillesferse der psychoanalytischen Behandlungstechnik?, Gießen 2006, S.182

Liebesbeziehung sich in Langeweile, Hass oder Feindseligkeit umwandelt“.³

„Wesentlich ist weiterhin, dass für manche Patienten die Beziehung zum Analytiker trotz des Fehlens körperlicher Intimität 'die beste Liebesbeziehung ist, die sie je erlebt haben, und zwar wegen der Möglichkeiten, die sie der Phantasie und der Idealisierung eröffnet' (Bergmann 1998. S. 316)“.⁴

Das gilt umgekehrt auch für den Therapeuten. Diederichs weiter: „Diese paradoxe Polarität spielt auch bei uns Therapeuten eine Rolle. Wir müssen uns von (...) Menschen trennen, mit denen wir erfolgreich gearbeitet und die wir lieb gewonnen haben.“⁵ Ähnliches formuliert auch Morschitzky: „Bei länger dauernder Psychotherapie ist es ganz normal, dass auch ein wenig Wehmut über das Ende der Therapie aufkommt, wenn man den Psychotherapeuten als guten und verlässlichen Wegbegleiter kennen gelernt hat. Ablösungsprobleme zeigen sich vor allem bei langer Therapiedauer, was durchaus normal ist, wenn die Art der Beschwerden und deren Bewältigung eine länger dauernde therapeutische Beziehung erforderlich gemacht haben. Das Ende einer Therapie fällt dann oft schwer, wenn aus der Therapiebeziehung ein freundschaftlicher Kontakt geworden ist“.⁶

Möglicherweise ist ein Paradoxon zu formulieren. Eine Therapie, die zu spürbaren Veränderungen geführt hat, muss irgendwann beendet werden, und eine Therapie, die misslungen scheint oder ist, sollte fortgesetzt werden. Jene kann im Verabschiedungsmodus zu erneuten Symptomausblühungen führen, diese verstärkt im Mislingensstatus die Fortsetzung von Therapie als zunehmende Aporie. Davon muss Freud gewusst haben, als er von den drei unmöglichen Berufen sprach, dem Regieren, dem Erziehen und dem Kurieren.

Eine Therapie mit beschreibbaren Veränderungen im Selbstbild des Patienten steht also in der Gefahr, zu einer unendlichen Therapie zu werden, ein Therapieverlauf ohne das Ergebnis wieder erlernter Selbstliebe und ingebrauchnahmefähiger Selbstwirksamkeit

3 ders. S. 182

4 ders. S. 182

5 ders. S. 182

6 Morschitzky, Hans: Psychotherapie Ratgeber. Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit. Wien New York 2007, S. 122

liefe auf die Gefahr der Illusionsbildung über vermutlich doch noch zu erreichende Ziele hinaus. Da hilft auch der Kunstgriff der freundlichen Überweisung an eine Kollegin/ einen Kollegen nicht weiter. Probleme und Fragen kann man nicht überweisen.

Alles das ähnelt einem Staffellauf in einem olympischen Stadion, mit dem bedeutsamen Unterschied, dass am Ende der Zeit- und Raumstrecke dieser sportlichen Tätigkeit, die eine Therapie in gewisser Weise auch darstellt, niemand mehr auf den ausgestreckten Stab wartet, um ihn weiterzureichen. Das Rennen verödet sozusagen ohne einen Abschluss als Sieg oder Niederlage. Es hülfe auch nicht, die Rennstrecke erneut abzulaufen. Wieder wartet am Ende niemand.

Dabei sind Therapeut und Patient gar nicht gegeneinander angetreten, sie liefen lediglich Seite an Seite um des Laufens willen. Immerhin erreichen beide am Ende dieser Strecke doch noch ein gemeinsames Ergebnis: die Ratlosigkeit, die sie in der noch nicht ganz aufgehobenen Asymmetrie zwischen Therapeut und Patient gleichzeitig auch wieder vereinsamt und in dieser Art von Einsamkeit jedem von beiden seinen inneren Frieden finden lässt.

Was aber heißt um des Laufens willen? Der Patient läuft seine innere Lebensgeschichte mit erheblich erweitertem Verständnis für sein zukünftiges Tun und Lassen rückwärts noch einmal ab.

Dem Therapeuten seinerseits gelingt mit Hilfe des Patienten eine vorübergehend schärfere Wahrnehmung an eine noch nicht dagewesene neurotische Dekompensation, die auch bei ihm möglich wäre. Hier kommt der Unterschied von „objektiver und umfassender Therapie“ ins Spiel, von der Viktor von Weizsäcker schreibt. „Objektiv“ meint das zu Messende am Ende der therapeutischen Arbeit, der Nachweis der „ursprünglichen Bedürfnisdisposition“ im Sinne Clemens.

„Objektiv“ wäre auch die denkbare Vorstellung einer immerwährenden seelischen Gesundheit des Therapeuten während seiner beruflichen Tätigkeit. Diese brächte den dialogischen Beziehungstod ins Therapiezimmer, gewissermaßen eine beruflich erzeugte Entropie. Viktor von Weizsäcker schreibt: „Am wichtigsten scheint mir immer wieder,

daß in einer umfassenden Therapie der Arzt selbst sich vom Patienten verändern läßt; daß er die Fülle aller Regungen, die von der Person des Kranken ausgehen, auf sich wirken läßt; daß er sich nicht einengen läßt in das System der Diagnostik (...); daß er nicht nur mit dem objektiveren Sinne des Sehens, sondern mit dem Ich und Du mehr verschmelzenden des Hörens, daß er mit allen seelischen Organen passiv empfänglich sei, nicht nur rezeptiv und dann reaktiv, sondern durch wirkliche Einschmelzung der eigenen Person, [Unterstreichung durch M. Kalin] durch bewußtes Erleben und dann wieder Hingeben schon jener ersten naturhaften Reaktionen (...) auf Rasse, Geschlecht, politische und soziale Artung, kurz alle jene Sympathien und Antipathien, von denen des Geruchs bis zu den Nuancen seelischer Wahlverwandtschaft“.⁷

Jeder, der eine Therapie begonnen hat, muss sich zu Beginn und dann wieder am Ende der therapeutischen Zusammenarbeit fragen, ob die vorstehende Definition Viktor von Weizsäcker auf den jeweiligen Therapeuten zutrifft oder doch nach einer gewissen Zeitstrecke der Therapie zutreffen könnte. Unsere Gedächtnisstruktur ist nach einem Zirkelschluss organisiert. D.h. dass sich Anfang und Ende einer Erlebnisweise sehr plastisch aufeinander beziehen. Gleichzeitig rekonstruieren wir Zusammenhänge da, wo objektiv Erlebnislücken allein durch zeitliche Abwesenheit bestehen oder bestehen könnten. Kinder brauchen Märchen, aber Erwachsene unterliegen in gewandelter Art und Weise demselben Bedürfnis nach einem erzählbaren Sinn. Geglückte Therapie ist erzählbar gewordener Sinn.

⁷ Weizsäcker, Viktor von: Kranker und Arzt, in: Weizsäcker, Viktor von: Gesammelte Schriften, Band 5, Frankfurt am Main 1987, Seite 235