



Ein Fluss ist nicht erklärbar  
durch die Zahl von Eimern,  
die sein Wasser aufnehmen  
könnten.

WILLIAM JAMES

# Nutzung von bewussten und unbewussten Aufträgen in der Psychotherapie

Dr. med. Udo Boessmann

Das hier vorgestellte Konzept einer systematischen Auftragsklärung soll uns als Therapeuten dabei helfen, das tägliche Kunststück fertig zu bringen, über einen längeren Zeitraum eine wertschätzende und interessierte Haltung zu Menschen einzunehmen, die unsere Zuwendung und Geduld häufig erheblich auf die Probe stellen. Ein Patient, der uns seine Symptome präsentiert, will vordergründig von seinen Beschwerden befreit werden. Aber bei längeren Leidensgeschichten ist es naiv zu glauben, die Symptombeseitigung sei das einzige Anliegen von Patienten. In der Therapie haben wir es oft mit verborgenen Motiven und Erwartungen (impliziten Aufträgen) zu tun, die viel stärker sind als der triviale Wunsch, gesund zu sein. Für den Erfolg unserer Arbeit und die Schonung unserer eigenen Kräfte wird es darauf ankommen, dass wir höchst aufmerksam sind für das, was uns unsere Patienten – verbal und nonverbal – an Selbstdefinitionen, Bedürfnissen und Beziehungserwartungen mitteilen.

Unter Psychotherapieforschern besteht Einigkeit darüber, dass für den Behandlungserfolg die Veränderungsfähigkeit und Eigenarbeit der Patienten entscheidend sind. Wie stark sich ein Patient in die therapeutische Arbeit einbringt, hängt davon ab, wie positiv er die Therapiebeziehung einschätzt und wie hoch seine positiven Erwartungen und Hoffnungen sind, mit Hilfe des Therapeuten seine Ziele zu erreichen. Die Forschung legt uns nahe, unsere Hauptaufmerksamkeit den Selbstheilungskräften der Patienten und der sozialen Systeme, in denen sie leben, zuzuwenden. In unseren Patienten steckt ein erstaunliches Potenzial, auch unabhängig von unseren Techniken zu gesunden. Wenn wir wirksamer therapieren wollen, müssen wir unser therapeutisches Vorgehen so planen, dass die Potenziale der Persönlichkeit der Patienten und die Ressourcen ihres Umfeldes optimal genutzt werden. Als Therapeuten wirken wir wahrscheinlich vor allem dadurch förderlich auf die Entfaltung des Selbstveränderungs- und Entwicklungspotenzials der Patienten, dass wir bei ihnen Besserungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen induzieren und verstärken. Wir müssen die Sprache unserer Patienten sprechen und uns (wenigstens vorübergehend) an die Ziele, Überzeugungen und Sichtweisen unserer Patienten anpassen.

Das Konzept der systematischen Auftragsklärung möchte ich an dem praktisch bedeutsamen Beispiel von Patienten mit psychosomatischen und funktionellen Symptomen (im Sinne der somatoformen Funktionsstörungen und Somatisierungsstörungen, die in der ICD-10 unter F45.X aufgeführt sind) illustrieren. In der Regel kann bei diesen Patienten durch die ärztliche Diagnostik eine organische Verursachung ihrer Symptomatik ausgeschlossen werden. Die Patienten bekommen dann häufig zu hören, dass ihre Probleme wohl psychischer Natur sein müssten und sie sich folglich an einen Psychotherapeuten zu wenden hätten. Genau mit dieser Vorgehensweise wird aber das primäre explizite Anliegen vieler Patienten mit Füßen getreten. Patienten, die mit ihren psychosomatischen Beschwerden zum Arzt gehen, geben in den seltensten Fällen den Auftrag: »Schließe eine organische Ursache meiner

Symptome aus.« Ihr Auftrag lautet ja: »Finde die körperliche Ursache meiner Beschwerden.« Wenn der Arzt mit seiner Diagnostik aber, wie so oft, keine handfeste Ursache aufdecken kann, muss er diesen Patientenauftrag enttäuschen.

Eigentlich ist es ja erfreulich, wenn ärztliche Untersuchungen ohne pathologischen Befund enden. Aber wenn wir unseren Patienten mitteilen, dass auch nach gründlichster Diagnostik keine ernste körperliche Erkrankung vorzuliegen scheint, ernten wir eher Ratlosigkeit und Unzufriedenheit. Eine solche Eröffnung frustriert den Wunsch vieler Patienten nach einer einfachen monokausalen Erklärung für ihre Krankheit und nach einer Pille, die alles Ungemach rasch beseitigt. Gerade bei Patienten mit psychosomatischen und funktionellen Beschwerden ist es daher wichtig, sie da abzuholen, wo sie sich emotional und kognitiv befinden, nämlich bei der subjektiv empfundenen Körperlichkeit ihres Leidens. Deshalb haben sie ja primär den Hausarzt oder einen Organspezialisten aufgesucht und nicht einen Psychotherapeuten. Für eine psychosomatische Interpretation ihrer Beschwerden sind sie erst einmal nicht oder vielleicht niemals aufgeschlossen. («Natürlich habe ich Stress, aber deswegen bin ich doch noch lange nicht verrückt.») Wir haben keinen Auftrag, ihnen ungelöste oder gar unbewusste Konflikte zu unterstellen. Vielmehr benötigen sie unsere Versicherung, dass wir ihre Beschwerden ernst nehmen und um ihren hohen körperlichen Leidensdruck wissen.

Selbst wenn sich Patienten mit psychosomatischen und funktionellen Beschwerden auf eine Psychotherapie einlassen, sollten wir immer im Kontakt mit ihren Symptomen bleiben. Wenn ein Patient zum Beispiel über Kopfschmerzen klagt, erlebt er diese als körperlich äußerst real. Als Psychotherapeuten können wir dem Patienten zeigen, dass wir ihn in seinem subjektiven Befinden ernst nehmen, indem wir uns über die Lokalisation, Qualität und Intensität seiner Beschwerden informieren. Die sich typischerweise wiederholenden Klagen psychosomatischer Patienten sind bekanntlich ermüdend, und gerne würden wir als Therapeuten über etwas anderes sprechen. Wenn wir aber wissen und uns immer wieder vor Augen halten, dass der Patientenauftrag häufig lautet: »Nimm mein Leiden ernst«, »teile das Leid mit mir«, »halte mit mir aus, was ich kaum noch ertragen kann« oder gar: »Leide du an meiner Stelle«, dann finden wir leichter zu einem angemessenen Umgang mit der anstrengenden Körper- und Leistungsfixierung und Alexithymie dieser Patienten.

Patienten mit psychosomatischen Störungen fühlen sich körperlich krank. Ein wichtiger Auftrag, den sie teils explizit, teils implizit an den Therapeuten geben, lautet: »Stempele mich nicht zum Neurotiker ab.« Es hat wenig Sinn, gegen den Widerstand des Patienten diesen vom Gegenteil zu überzeugen. Andererseits haben wir das therapeutische Ziel, den Patienten aus seiner Körperfixierung zu befreien. Das geht aber nicht, indem wir einen Patienten, der gerade seine Beschwerden vorgetragen hat, unvermittelt fragen: »Haben Sie Konflikte am Arbeitsplatz oder mit Ihrer Frau?« Der Patient könnte befürchten, mit dem als Makel

## Zum Autor

UDO BOESSMANN,  
Dozent an der  
Wiesbadener Akademie  
für Psychotherapie und  
im Wiesbadener  
Weiterbildungskreis für  
Psychotherapie,  
weiterbildungsermächtigt  
von der  
Landesärztekammer  
Hessen, Autor mehrerer  
Fachbücher, unter  
anderem zum Thema  
»Berichte an den  
Gutachter bei Kindern,  
Jugendlichen und  
Erwachsenen«.

E udo.boessmann@web.de

empfundene Etikett »Psycho...« versehen zu werden. Wenn wir aber fragen: »Können Sie mit Ihren Beschwerden arbeiten, sich konzentrieren, Freude bei der Arbeit empfinden?«, und: »Wie reagiert Ihre Frau/Familie, wenn Sie Kopfschmerzen haben?«, und: »Wie soll das eigentlich mit Ihnen weitergehen, wenn Sie immer Kopfschmerzen haben?«, wird sich der Patient eher öffnen, eben weil wir in Tuchfühlung mit seinem körperlich erlebten Leiden bleiben und so leichter sein Vertrauen gewinnen. Wenn wir auf eine »unverdächtige« Weise fragen, erhalten wir mit größerer Wahrscheinlichkeit die uns interessierenden Informationen über das psychosoziale und ökonomische Umfeld des Patienten und darüber, welche Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung ihm in der Zukunft zur Verfügung stehen.

Wenn Patienten mit psychosomatischen Störungen vom Arzt zum Psychotherapeuten überwiesen (und manchmal abgeschoben) werden, könnte die Behandlungsmotivation zum Problem werden. Umso wichtiger ist eine gründliche Auftragsklärung, z.B. folgender Art: »Nachdem von verschiedenen Spezialisten alle denkbaren körperlichen Ursachen für Ihre Kopfschmerzen abgeklärt wurden, hat Ihr Arzt Sie zu mir überwiesen, weil er meint, dass es sinnvoll ist, auch einmal an Stressfaktoren am Arbeitsplatz oder in der Familie als Mitursache für Ihre Beschwerden zu denken. Nun haben Sie mir zu Anfang unserer gemeinsamen Arbeit gesagt, dass Sie mit dem ‚Psychokram‘ nichts zu tun haben wollen. Worüber würden Sie sich gerne mit mir unterhalten?«

## Implizite Aufträge

Man erlebt nicht selten, dass Patienten mit psychosomatischen Störungsbildern explizit nicht psychotherapiert werden wollen, dennoch aber regelmäßig und pünktlich zu den Sitzungen erscheinen. Offensichtlich verbirgt sich hinter der vordergründig ablehnenden Haltung des Patienten ein dringender impliziter Beziehungswunsch. Die implizite Auftragsklärung ist vor allem bei jenen Patienten unverzichtbar, deren kontraproduktives Verhalten oder deren therapieresistente Symptome Zweifel aufkommen lassen, ob sie in ihrem tiefsten unbewussten Inneren wirklich genesen wollen oder genesen dürfen. Viele Patienten geben uns zwar den expliziten Auftrag, sie zu unterstützen, ihr Wohlbefinden und ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, sie setzen aber ihr problematisches Verhalten auch dann noch fort, wenn sie es in der Therapie als selbstschädigend erkannt haben. Die Patienten legen ein Paradox an den Tag, das für neurotische Störungen typisch ist: das unintelligente Verhalten intelligenter Menschen. Trotz besseren Wissens tun die Patienten nicht das, was für ihre Gesundheit, für ihren beruflichen Erfolg, ihre Sozialbeziehungen, ihr generelles Wohlbefinden und ihre Zukunft förderlich wäre.

Die Technik der impliziten Auftragsklärung basiert auf der psychodynamischen Grundannahme, dass Symptome oft nicht nur Manifestation der biologischen Eigen- dynamik einer Krankheit sind, sondern auch einen unbewussten Wunsch oder ein Triebanliegen des Patien-

ten zum Ausdruck bringen können. Das Auftauchen und Verschwinden von Symptomen und Problemen des Patienten ist folglich auch im Zusammenhang mit dem Geschehen in der Therapiebeziehung zu betrachten. Wenn ein Patient über Jahre oder Jahrzehnte stark leidet – einerlei, ob körperlich oder seelisch –, kommt es zu einer mehr oder weniger ausgeprägten sekundären Veränderung seiner Persönlichkeit und seiner interpersonellen Schemata. Pflegekräfte, Ärzte und Therapeuten werden oft zu den wichtigsten Sozialkontakten chronisch Kranker und müssen vielfältige Beziehungswünsche auffangen. Die Besserung oder Verschlechterung von Symptomen, die Art, wie der Patient seine Beschwerden vorträgt, wie er mitarbeitet und mit seiner Krankheit fertig wird, können innerhalb der Therapiebeziehung eine wichtige interpersonelle Funktion bekommen.

Wir können davon ausgehen, dass mit der Länge einer Krankheitsgeschichte und der Dauer einer Therapiebeziehung die Bedeutung der Beziehungsanliegen des Patienten gegenüber dem Therapeuten zunimmt. Aber wie sollen uns Patienten ihre Beziehungsanliegen mitteilen? Ein Patient kann ja schlecht zu uns kommen und zum Beispiel sagen: »Ich weiß, dass du auch keine direkte Lösung für meine Probleme hast, aber ich möchte, dass du mit mir aushältst, was ich seit Jahren aushalte.« Oder: »Ich kann mich selbst nicht mehr ertragen, ich will, dass du mich erträgst.« Oder: »Alle Menschen haben sich von mir abgewendet. Zeige du mir, dass ich liebenswert und wertvoll bin.« Oder: »Verlass mich nicht. Halte mich fest, damit ich nicht verloren gehe.« Oder: »Ich bin gescheitert und jetzt sollst du scheitern. Aber gib niemals auf, dich um mich zu bemühen.« Der Patient kann uns solche Aufträge nicht erteilen, weil er in der Regel keine bewusste Kenntnis von ihnen hat. Doch selbst wenn er sie hätte, könnte er sie uns nicht sagen, weil das traditionelle Verhältnis vom Patienten zum Arzt und auch zum Psychotherapeuten Konventionen unterliegt, welche Mitteilungen über die Tiefenschichten menschlicher Motivation tabuisieren. Also bleibt dem Patienten nichts anderes übrig, als uns Therapeuten immer wieder aufs Neue Symptome zu präsentieren und seine Nöte zu klagen.

Implizite Aufträge können im Gegensatz zu den expliziten Aufträgen nicht einfach erfragt werden. Sie müssen auf einer Metaebene indirekt erschlossen und zum Teil auch intuitiv erahnt werden. Nehmen wir als Beispiel die häufige Situation, dass ein depressiver Patient beim Therapeuten zum wiederholten Mal dieselben Symptome und Lebensprobleme beklagt. Die Technik der impliziten Auftragsklärung enthält sich der üblichen Suche nach einer vordergründigen Problemlösung. Sie kommt ja gerade dann zur Anwendung, wenn störungsspezifische und primär veränderungsorientierte (zum Beispiel verhaltenstherapeutische) Behandlungsversuche, die oft wirksam, aber eben nicht immer zielführend sind, gescheitert sind. Bei der impliziten Auftragsklärung fokussieren wir auf die Frage: Was will der Patient im Augenblick von mir, während er etwas erzählt, beklagt oder tut?

Für die implizite Auftragsklärung ist es hilfreich, wenn wir Therapeuten unsere introspektiven Fähigkeiten nutzen:

- Wie reagiere ich auf das Beziehungsverhalten des Patienten in meiner Gegenübertragung?
- Welche Beziehungsanliegen des Patienten kann ich gut annehmen?
- Welche sind mit meinen Wünschen und Zielen unvereinbar?
- Welche Erwartungen lösen bei mir Engagement, Lust oder Freude aus? Welche Unbehagen, Angst, Hilflosigkeit, Ärger oder Ekel?

Die vermuteten impliziten Aufträge des Patienten können wir in Form von Hypothesen formulieren. Bei einem depressiv strukturierten Patienten könnten die impliziten Beziehungsaufträge folgender Art sein: »Zeige mir, dass ich wertvoll und liebenswert bin.« »Sei mir ein ideales Gegenüber.« »Gib mir alles (an bedingungsloser Liebe), was ich bisher entbehren musste.«

### **Auftrag und Widerstand**

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass wir vom Patienten in der Regel keinen expliziten Auftrag für eine implizite Auftragsklärung erhalten. Zwar hat die implizite Auftragsklärung die zentralen Bedürfnisse des Patienten zum Ziel, aber genau diese Bedürfnisse können äußerst beunruhigend, beschämend und durch Widerstände (Vermeidungsziele und -schemata) geschützt sein. Die implizite Auftragsklärung kann unter Umständen mit den (oft unbewussten) Vermeidungszielen und Selbstschutzbedürfnissen des Patienten (Streben nach Kontrolle, Angst- und Unlustvermeidung) so stark im Konflikt stehen, dass das therapeutische Bündnis gefährdet werden könnte.

Wir müssen daher – wenn immer möglich – versuchen, Vermeidungsziele in positive Annäherungsziele umzuwandeln. Zum Beispiel lässt sich die Angst vor Blamage auch als Bedürfnis, bei anderen eine gute Figur machen zu wollen, verstehen. Vermeidungsziele und die aus ihnen abgeleiteten Annäherungsziele gewinnen, wenn sie in der Therapiebeziehung relevant werden, die Qualität impliziter Aufträge des Patienten an den Therapeuten. Mit der impliziten Auftragsklärung kann gezielt ein positiver Zugang zu jenen Antrieben und Motiven der Patienten angestrebt werden, welche den Widerstand aufrechterhalten. In der folgenden Liste habe ich eine Reihe möglicher (meines Erachtens menschlicher und nachvollziehbarer) Motive zusammengestellt, die der Patient vielleicht niemals so ausspricht, die aber dennoch entscheidenden Einfluss auf den therapeutischen Arbeitsprozess haben können:

- Mein Leben ist sehr anstrengend. Ich möchte, dass die Therapie bequem und angenehm abläuft.
- Ich trage so viel Last (für andere) mit mir herum. Jetzt soll der Therapeut meine Last tragen.
- Überall habe ich Konflikte. In der Therapie möchte ich Harmonie.
- Überall werde ich kritisiert. Ich möchte in der Therapie bestätigt und anerkannt werden.
- Ich finde zu wenig Beachtung im Leben. In der Therapie möchte ich die Nummer eins sein.

■ Mein Leben ist trist und fad. In der Therapie möchte ich Spaß haben.

■ Ich bin im Leben zu kurz gekommen. Der Therapeut soll mich dafür entschädigen.

■ Das Leben ist für mich verwirrend und unverständlich. In der Therapie möchte ich verstehen, was da abläuft, und mir nicht Deutungen anhören, die mit meiner Lebenswirklichkeit nichts zu tun haben.

■ Überall muss ich mich unterordnen. In der Therapie soll es nach meinem Willen gehen.

■ Der Therapeut soll die Welt mit meinen Augen sehen und denken wie ich. Dann fühle ich mich nicht mehr so allein.

■ Der Therapeut ist der Erste, der sich für mich interessiert. Die Therapie soll nie enden.

■ Wenn ich krank bin, bekomme ich Aufmerksamkeit. Wenn es mir gut geht, muss ich gehen. Ich darf nicht gesund werden.

■ Ich darf nicht gesund werden, weil der Therapeut mich braucht. Ich brauche das Gefühl, dass der Therapeut mich braucht. So kann die Therapie endlos weitergehen.

■ Bevor ich etwas von mir zeige, möchte ich erst einmal den Therapeuten aus der Reserve locken, um zu sehen, was für ein Mensch das ist.

■ Ich fühle mich vom Therapeuten abhängig. Das macht mich wütend. Ich räche mich, indem ich krank bleibe. Damit kann ich den Therapeuten treffen.

■ Ich fühle mich wertlos und schlecht. Der Therapeut soll sich nicht besser fühlen als ich. Wenn ich ihn entwerde, kann ich ihn verletzen.

Die in der Liste aufgeführten impliziten Beziehungsanliegen, welche Patienten möglicherweise an uns richten, machen uns unsere therapeutische Arbeit sicher nicht leichter. Auf Dauer stehen sie dem Heilungsprozess des Patienten im Wege und müssen früher oder später in ihre Grenzen verwiesen werden. Doch zuvor, das hat Grawe vielfach betont, bedarf der Patient einer komplementären Haltung des Therapeuten, die selbst die problematischen interpersonellen Wünsche und Identitätsziele des Patienten positiv spiegelt und wenigstens partiell befriedigt. Der Patient kann sein Widerstandsverhalten umso eher aufgeben, als er in der Therapiebeziehung Vertrauen fasst und sich sicher fühlt. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass die positive und komplementäre Spiegelung impliziter Bedürfnisse des Patienten keineswegs immer verbal kommentiert werden muss. Wichtiger als ein vom Therapeuten in Worten ausgedrücktes Verständnis für die Motive des Patienten ist der körpersprachlich kongruente Ausdruck von Verbundenheit des Therapeuten mit seinem Patienten. Korrektive emotionale Erfahrungen werden, insbesondere von Kindern und Patienten mit strukturellen Störungen, überwiegend im impliziten, nonverbalen Funktionsmodus gemacht.

### **Balance zwischen Erfüllung und Zurückweisung von Aufträgen**

Wir können mit problematischen Zielen und Beziehungsanliegen des Patienten, die während der therapeutischen Arbeit aktiviert werden, auf verschiedene Weise umgehen:

■ Wir können implizite Beziehungswünsche empathisch, verstehend und annehmend spiegeln. Entscheidend sind die nonverbalen Signale, die wir dabei aussenden. Zum Beispiel wird man möglicherweise einem schizoid strukturierten Patienten am besten gerecht, wenn man dessen zentralem Beziehungsanliegen, sich wenigstens zu Anfang der Therapie vor Nähe und Intimität zu schützen, mit großer Geduld, abwartender Freundlichkeit und dennoch interessierter Aufmerksamkeit begegnet. Ängstlich, abhängig, depressiv, histrionisch und emotional instabil strukturierte Patienten können hingegen eine deutliche Verschmelzungs- und Idealisierungstendenz zeigen, die wir in gewissen Grenzen ungedeutet zulassen können. Paranoid strukturierten Patienten würde man vielleicht zeitweise als Vertrauter und Verbündeter gegen die »böse« externe Welt zur Verfügung stehen, ohne ihre überwertigen Ideen und Projektionen sogleich in Frage zu stellen. Bei zwanghafter Struktur würde man darauf achten, dass der Patient innerhalb der Therapiebeziehung möglichst viele Kontrollerfahrungen machen kann. Bei Patienten mit starken narzisstischen Zügen würden wir vielleicht über einen gewissen Zeitraum ihre grandiosen Anteile spiegeln, die Überschätzung ihrer eigenen Bedeutung zulassen und ihnen als ein Gegenüber, das ganz ähnlich denkt und empfindet wie sie selbst («Alter Ego»), zur Verfügung stehen.

■ Wir können versuchen, problematische Patientenanliegen umzudeuten und sie in explizite Aufträge zu transformieren, die sich als Ressource nutzen lassen. Wenn sich zum Beispiel bei einem ängstlich und abhängig strukturierten Patienten die Beendigung der Therapiesitzung regelmäßig als schwierig erweist, könnte man geneigt sein, ein implizites Bedürfnis des Patienten zu unterstellen, der Therapeut möge sich für nichts sonst als nur für ihn, den Patienten, interessieren und alle anderen Aufgaben und Interessen der Bedürftigkeit des Patienten unterordnen. Eine solche Betrachtung des Patienten lässt ihn egozentrisch und rücksichtslos erscheinen und birgt die Gefahr, das Arbeitsbündnis zu belasten und Widerstände aufzubauen. Man kann dem Patienten mit gleichem Recht in positiver (und keineswegs verfälschender Weise) sagen, dass man den Eindruck habe, dass die Therapiesitzungen für ihn offensichtlich sehr wichtig seien und er sich möglicherweise wünsche, mit dem Therapeuten zusammen unbegrenzt Zeit zu haben und durch nichts und niemanden während der Sitzungen gestört zu werden. Eine solche Formulierung wird der Patient leichter akzeptieren können, und sie wird ihn eher für die Bearbeitung seiner problematischen Beziehungswünsche öffnen.

■ Wir können differenzierte Patienten mit höherem Strukturniveau auf ihre unbewussten Motivationen, zum Beispiel auf regressive und fusionäre Tendenzen, kindliche Antriebe oraler, analer oder inzestuöser Art, auf narzisstische Bedürfnisse sowie auf habituelle Schutz-, Vermeidungs-, Kompensations- und Abwehrmechanismen hinweisen. Wir können die problematischen Antriebe, Fixierungen, Hemmungen, Kränkbarkeiten unserer Patienten in Zusammenhang mit ihrer

persönlichen Lebensgeschichte stellen. Wir können unseren Patienten helfen, sich an frühere Erfahrungen mit wichtigen Menschen zu erinnern und die Bedürfnisse, Befriedigungen, Frustrationen und Affekte, die mit diesen Menschen verbunden waren, im geschützten Rahmen der Therapie wieder zu erleben. Wir können unseren Patienten dabei helfen, um das zu trauern, was sie aufgrund ihres Schicksals erleben mussten oder nicht erleben durften. Wir können versuchen, ihre abgespaltenen Antriebe, ihre Wut, ihren Hass und ihre Schuldgefühle zu integrieren. Wir können hoffen, dass die Patienten durch Verständnis und Einsicht in die psychodynamischen Zusammenhänge mehr Willensfreiheit gewinnen und nicht mehr gezwungen sind, ihre dysfunktionalen Muster zu wiederholen.

■ Es wäre ideal, wenn unsere Patienten infolge von korrektiven emotionalen Erfahrungen in einer ihr Selbst stärkenden und bedürfnisbefriedigenden Therapie und aufgrund von psychodynamischen Einsichten sowie der Integration abgewehrter Antriebe, Affekte und Persönlichkeitsanteile ihre neurotischen Beziehungsanliegen aufgeben, gesunden und zufrieden die Therapie im Rahmen der Regelstundenzahl beenden. Aber so laufen Psychotherapien in der Regel nicht ab. Die Neurosenstrukturen der einzelnen Patienten und die Strukturen der Familiensysteme, in denen sie leben, widersetzen sich naturgemäß den angestrebten Veränderungen. Wir müssen sogar damit rechnen, dass problematische Beziehungsanliegen, welche die Patienten an uns richten, nicht nur persistieren, sondern sich im Rahmen der besonderen Befriedigungsmöglichkeiten der Therapiebeziehung in regressiver Weise noch verstärken. Unpassende Beziehungswünsche müssen schon deshalb irgendwann zurückgewiesen werden, weil eine alles akzeptierende, verstehende und ertragende Haltung des Therapeuten kaum mit dem Gebot der Ehrlichkeit und Authentizität und auch nicht mit einer angemessenen Psychohygiene des Therapeuten zu vereinbaren ist.

■ Implizite Aufträge, die den Therapieprozess blockieren, müssen im geeigneten Augenblick zurückgewiesen werden, nämlich dann, wenn die therapeutische Beziehung tragfähig genug ist. Wenn das Arbeitsbündnis aufgrund struktureller Defizite des Patienten nie die erforderliche Stabilität erreicht, muss die Indikation für eine aufdeckende Psychotherapie in Frage gestellt und zum Beispiel ein längerfristig halt gebendes, mehr stützendes therapeutisches Beziehungsangebot erwogen werden. Problematische Aufträge müssen in geeigneter Weise, nämlich behutsam und beziehungserhaltend, zurückgewiesen werden. Ich persönlich teile dem Patienten mit, welche impliziten Aufträge ich bei ihm vermute, welche Anliegen ich bereit bin zu erfüllen und mit welchen Aufträgen ich mich unwohl fühle. Ich erkläre dem Patienten meine Gründe, warum ich nicht bereit bin, bestimmte Wünsche zu befriedigen. Das können rationale oder gefühlsmäßige Bedenken sowie konkrete Sorgen aufgrund bestimmter Erfahrungen sein, die ich dem Patienten offen darlege. Als stärkstes Argument hat sich in meiner therapeutischen Arbeit aber erwiesen, wenn ich in Form einer Ich-Botschaft von meinen eigenen Beziehungsan-

liegen spreche, zum Beispiel von meinem Wunsch, die Therapiesitzungen pünktlich zu beenden oder im Rahmen von 50 Stunden tiefenpsychologischer Psychotherapie greifbare therapeutische Ergebnisse zu erzielen. Mit anderen Worten, ich führe und begrenze nicht unter Berufung auf abstrakte und theoretische Gründe (wenngleich mich theoretische Überlegungen durchaus auch leiten können), sondern begründe meine Ziel- und Grenzsetzung ganz persönlich: Ich habe hinsichtlich der Ziele und Wünsche des Patienten mein eigenes gutes oder schlechtes Gefühl. Ich habe Sorgen, die vor allem meine eigenen sind. Ich habe meine Meinungen, Vorstellungen und Herzensanliegen hinsichtlich des Therapieprozesses, die ich nicht auf das reduziere, was ich irgendwann einmal in Therapieschulen gelernt habe. Die Unterschiedlichkeit der Ziele, die mein Patient und ich haben, sowie die Grenzen, die ich dem Patienten setze und die er mir setzt, schließlich unsere damit verbundenen Affekte werden für den Patienten und für mich in der Realität der therapeutischen Zweipersonenbeziehung konkret erlebbar und greifbar. Ich glaube, dass eine solche bewusst persönlich gehaltene Wechselseitigkeit des Führens und Geführtwerdens sowie Begrenzens und Begrenztwerdens, welche eine einzigartige Beziehungskultur zwischen dem Patienten und mir erschafft und in der, wenn möglich, mehr der Patient, wenn notwendig, mehr ich den Weg weise, die authentischste und wirksamste Form des therapeutischen Transformationsprozesses darstellt. Wenn der Patient allerdings selbst eine behutsame Frustration seiner Beziehungsanliegen nicht toleriert, ist Psychotherapie, zumindest im ambulanten Setting, kontraindiziert. In der Regel wird aber eine angemessene und einfühlsame Zurückweisung der Patientenwünsche günstige Wirkungen entfalten, so wie auch wir als Therapeuten von unseren Patienten lernen können, unangebrachte Zielsetzungen zu korrigieren. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf ein implizites Anliegen hinweisen, das in jeder zwischenmenschlichen Beziehung mehr oder weniger offensichtlich mitschwingt. Es lautet: Zeige mir (deine) Grenzen. Und wenn wir die Grenzen nicht aktiv suchen, werden sie uns unausweichlich vom Leben (und Tod) gewiesen.

■ Wir können problematische Beziehungsanliegen, die in der therapeutischen Beziehung aktiviert werden, auch durch eine Veränderung des Settings bearbeiten. Wenn wir einen abhängig strukturierten Patienten mit einer einseitigen dyadischen Beziehungsausrichtung statt in Einzeltherapie in einem paar-, familien- oder gruppentherapeutischen Setting behandeln, wird er wahrscheinlich mit völlig neuartigen interpersonellen Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten konfrontiert. In dem veränderten Setting, in einer nunmehr triadischen oder polyadischen Beziehungskonstellation kommt es fast zwangsläufig zu einer »experiential confrontation«, zu einer Konfrontation des Patienten mit neuen Erfahrungen und damit zu einer In-vivo-Aktivierung und Umstrukturierung wichtiger neuronaler Erregungsmuster. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass der Patient kooperiert. Für die Bereitschaft des Patienten, an Gruppentherapie teilzunehmen, können sich längere Wartezeiten für eine Einzeltherapie als hilfreich erweisen.

■ Wir können von den problematischen Zielen und Anliegen des Patienten, die gerade aktiviert sind, auch defokussieren, indem wir uns auf andere, unproblematische und für den Therapieprozess günstige Motivationen des Patienten konzentrieren und diese als Ressourcen nutzen.

■ Mitunter müssen wir uns den problematischen Zielen unserer Patienten offen entgegenstellen und ihre neurotisch deformierten Beziehungsanliegen direkt zurückweisen. Diese Entschiedenheit ist vor allem dann notwendig, wenn Patienten unser Setting nicht respektieren. Bei Verletzungen des Settings sollten wir nicht generell Böswilligkeit oder bewussten Vorsatz der Patienten unterstellen. Oft handelt es sich um ein strukturelles Unvermögen. Die Patienten können nicht anders. Trotzdem kann man als Therapeut leicht versucht sein, die Settingverletzung zu moralisieren, weil man selbst Schuldgefühle hat, wenn man sein Setting verteidigt. Eine häufige Settingverletzung bei ängstlich oder abhängig strukturierten Patienten ist, dass sie nicht gehen, wenn die Therapiesitzung um ist, sondern den Therapeuten immer wieder kurz vor dem Ende der Sitzung mit einer Reihe dringlich vorgetragener Fragen binden. Es ist wirklich schwer, in einer solchen Situation einfach aufzustehen, die Tür des Behandlungsraums zu öffnen und den Patienten – freundlich, aber bestimmt auf den nächsten Termin verweisend – hinauszukomplimentieren. Aber verbale Aufforderungen reichen – wie der Leser vielleicht aus eigener Erfahrung bestätigen kann – oftmals nicht aus. Es ist zwar hilfreich, schon zu Beginn der Sitzung dem Patienten mitzuteilen, dass man die Therapiestunde pünktlich beenden will. Man kann auch frühzeitig klären, was in der Therapiestunde passieren muss, welche Aufträge erfüllt sein müssen, damit der Patient am Ende der Sitzung mit gutem Gefühl Abschied nehmen kann. Man kann eine ganze Therapiestunde lang den pünktlichen Abschied vorbereiten. Aber bei entsprechender Struktur und Übertragungsdynamik des Patienten kann dennoch am Ende der Stunde ein automatisch ablaufendes Anklammerungsmuster aktiv werden, mit dem der unsicher gebundene Patient versucht, andere über Schuldgefühle zu binden, weil er glaubt, andere nicht anders binden zu können. Wir werden den Patienten möglicherweise nur durch die Entschiedenheit unseres Handelns (aufstehen, keine Fragen mehr beantworten, zur Tür gehen, ggf. einen anderen Behandlungsraum aufsuchen, das schlechte Gewissen aushalten, Ärger kontrollieren und ggf. in Form einer Ich-Botschaft ausdrücken) los. Was für die vergleichsweise harmlose Problematik der Beendigung der Therapiesitzungen gilt, gilt umso mehr für gravierendere Settingverletzungen wie regelmäßiges Zu-spät-Kommen oder Versäumen von Sitzungen, Nichtbezahlen der Honorarrechnungen, tätliche oder heftige verbale Angriffe gegen die Praxiseinrichtung, gegen Mitarbeiter oder den Therapeuten selbst. In grenzverletzenden Situationen reicht es oft nicht mehr zu reden. Wir müssen handeln, im Extremfall sogar die Therapie beenden und dem Patienten Zugang zu einem geeigneteren Setting, zum Beispiel zu ambulanter, teilstationärer oder stationärer psychiatrischer Behandlung, verschaffen.

■ ■ Rezension zu dem im Deutschen Psychologen Verlag erschienenen Buch von Udo Boessmann siehe Seite 181.

## ZUSAMMENFASSUNG

Ein Patient, der dem Therapeuten seine Symptome präsentiert, will vordergründig von seinen Beschwerden befreit werden. Aber bei längeren Leidensgeschichten ist es naiv zu glauben, die Symptombeseitigung sei das einzige Anliegen von Patienten. Oft hat man es mit verborgenen Motiven und Erwartungen – impliziten Aufträgen – zu tun, die viel stärker sind als der triviale Wunsch, gesund zu werden. Es wird ein Konzept einer systematischen Auftragsklärung vorgestellt, das zum Ziel hat, prägnante Arbeitshypothesen über die offenen und verborgenen Wünsche von Patienten herzustellen und damit den therapeutischen Prozess wirksamer zu machen.

## LITERATUR

- Boessmann, U.** (2005), »Wirksam behandeln – Nutzung von bewussten und unbewussten Aufträgen in der Psychotherapie und Supervision«, Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Grawe, K.** (1998), »Psychologische Therapie«, Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K.** (2004), »Neuropsychotherapie«, Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, Bernauer** (1994), »Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession«, Göttingen: Hogrefe.
- Hubble, M., Duncan, B. und Miller, S.** (2001), »So wirkt Psychotherapie – Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen«, als deutsche Übersetzung aus dem Amerikanischen erschienen im Verlag modernes lernen.
- Kirsch** (1978) »The placebo effect and the cognitive-behavioural revolution«, *Cognitive Therapy and Research*, 2, 255-264.
- Lambert, M. und Bergin, A.**, »The effectiveness of psychotherapy«, in: A.E. Bergin & S.L. Garfield, Eds.: »Handbook of psychotherapy and behavioral change«, 4th ed., New York: Wiley.

## SUMMARY

A patient who presents his symptoms to his therapist wants, on the first sight, to get cured from his ailments. But if the disease endures for a longer period it is naive to believe that it is the only interest of the patient to get his symptoms taken away. Frequently we have to deal with hidden motives and expectations, implicit tasks, which might be much more powerful than the trivial desire to be sane. You will be introduced to a concept of systematic clarification of the tasks directly or indirectly given by the patient. The objective is to create a pregnant hypothesis concerning the open and hidden wishes of patients and to make the therapeutic process more effective.

- Lambert, M. & Anderson** (1996), »Assessment for the time limited psychotherapies«, *Annual Reviews of Psychiatry*, 15, 23-47.
- Luborsky, L. und Singer, B.** (1975), »Comparative studies of psychotherapies: Is it true that 'Everybody has wens and all must have prizes'?«, in: *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- McNeilly, C., Howard, K. I.** (1991), »The effects of psychotherapy: An reevaluation based on dosage«, *Psychotherapy Research* 1, 74-78.
- Norcross, J. C. und Goldfried, M. R.** (Eds.): »Handbook of psychotherapy integration.« New York.
- Powers, W.** (1973), »The Control of Perception«. 1989: »Living Control Systems«.
- Rudolf, G.** (2004), »Strukturbezogene Psychotherapie – Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen«, Stuttgart: Schattauer.
- Seligman, M.** (1995), »The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study«, *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Smith, M. L., Glass, G. V. und Miller, T. J.** (1980), »The benefits of psychotherapy«, Baltimore.

klett-cotta