

Das Therapieende als Ende einer Beziehung

Literatur – 13

Wird die therapeutische Beziehung vor dem Hintergrund des Therapieendes betrachtet, so ist sie eine höchst paradoxe Konstruktion, für die es im Alltagsleben kein vergleichbares Äquivalent gibt. Die therapeutische Beziehung beansprucht zwei aus der Alltagsperspektive inkompatible Aspekte: erstens eine gute und vertrauensvolle Beziehung zu sein und zweitens zu einem festgelegten Zeitpunkt zu enden. Somit ist es nur natürlich, dass Patienten, die im Gegensatz zum Therapeuten mit dieser eigenwilligen Art von Beziehung nicht vertraut sind, das Therapieende als Krise erleben und dagegen aufbegehren können. Aus diesen Überlegungen folgt die Notwendigkeit einer guten Vorbereitung und Strukturierung der finalen Therapiephase.

Auf der einen Seite ist die TB sehr eng, wesentlich enger als andere Arbeitsbeziehungen wie beispielsweise die Beziehung zwischen einem Anwalt und seinem Klienten, einem Berater und dem zu Beratenden. Solche Beziehungen enden selten krisenhaft. Das Ende des Kontakts ist ganz normal und gehört von Beginn an zum impliziten Vertrag beider Parteien. Zwar sollte das bei psychotherapeutischen Beziehungen auch so sein, doch Patienten geraten relativ unvermittelt in diese spezielle Beziehung, ohne abschätzen zu können, was das konkret bedeutet. Vielleicht kann die Beziehung zwischen einem Hausarzt und seinen Patienten teils eine ähnliche Nähe erreichen, denkt man etwa an die Situation einsamer Rentner, die wöchentlich beim Hausarzt ihres Vertrauens vorstellig werden. Allerdings endet die Beziehung zum Hausarzt nicht. Patienten haben die Gewissheit, dass sie bei den nächsten Beschwerden wieder einen Termin vereinbaren können, was teilweise auch exzessiv genutzt wird. Psychotherapie dagegen ist nicht als lebenslanges Modell vorgesehen. Zwar können sich Selbstzahler durchaus lebenslang an einen Therapeuten binden, was in Amerika zum Teil auch geschieht. Das ist allerdings nicht Psychotherapie im eigentlichen Sinne.

Enge Beziehungen kennen Menschen ansonsten nur aus dem privaten Kontext, d. h. zwischen Freunden oder Paaren. Wenn diese gut funktionieren, sind sie nie auf deren Beendigung ausgerichtet. Ehepaare schwören sich „ewige Treue, bis dass der Tod sie scheidet“, und innerhalb guter Freundschaften bezeichnet man sich gerne als „Freunde fürs Leben“. Endet eine gute Alltagsbeziehung, so ist immer eine gewisse Tragik damit verbunden. Ein Partner stirbt, muss berufsbedingt den Wohnort wechseln, oder es kommt zu einem schwerwiegenden, unlösbaren Konflikt, was nicht zuletzt die teilweise jahrelangen Scheidungskriege verdeutlichen.

Bei Psychotherapiepatienten, insbesondere mit sozial ängstlicher oder unbeholfener Symptomatik, kommt es zudem mitunter vor, dass der Therapeut die einzige enge Bezugsperson für den Patienten darstellt. Der Verlust des Therapeuten ist dann nachvollziehbar sehr schmerzhaft (Noyon und Heidenreich 2009). Sicherlich ist den meisten Psychotherapiepatienten zu Beginn der Therapie klar, dass die Therapie irgendwann enden wird. Weniger einsichtig ist ihnen aber oft die emotionale Verstrickung, in die sie im Rahmen der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten geraten können. Und selbst bei Therapien,

die rein inhaltlich ausgerichtet sind, wie die Behandlung einer Spinnenphobie, spielt die Beziehungsgestaltung eine wichtige Rolle. Denn Psychotherapie bedeutet meistens Veränderung. (Ausnahmen sind Therapien mit ausschließlichen Klärungszielen, indem Patienten bestimmte Dynamiken bei sich besser verstehen möchten.) Veränderung wiederum heißt, sich Dingen zuzuwenden, die bislang vermieden wurden, meist aus gutem Grund, nämlich um aversive Emotionen zu reduzieren. Und der Spinnenphobiker wird sich nur dann einer Spinne nähern, wenn er seinem Therapeuten vertraut – und auch in diesem Fall endet eine vertrauensvolle Beziehung. Übrigens bedeutet die Therapie einer Spinnenphobie nicht automatisch, dass der Patient souverän mit dem Thema Abschied umgeht. Selbst bei solchen Therapien können in der Abschlussphase interaktionelle Probleme sichtbar werden, die gar nicht Teil der Therapie waren.

Eine therapeutische Beziehung integriert also zwei Komponenten, die außerhalb des therapeutischen Settings nicht gemeinsam auftreten: eine große emotionale Beteiligung und der Charakter einer professionellen Arbeitsbeziehung mit definiertem Ende. Die emotionale Bindung bedingt, dass sich die Beteiligten einer TB nach der letzten Stunde nicht schlicht die Hand geben und verabschieden. Natürlich muss der Abschied keine Krise beim Patienten auslösen, und die Erfahrung zeigt, dass die meisten Therapien ohne Eskalation enden. Insbesondere, wie einleitend bereits erwähnt, enden vor allem kurze oder deutlich auf konkrete Inhalte fokussierte Therapien meistens problemlos. Allerdings sind viele Patienten so komplex gestört, dass die Beziehungsebene mit zum zentralen Therapiethema wird, sodass die Bindung zwischen Patient und Therapeut entsprechend enger ist.

Gewünscht ist immer ein wertschätzender Abschied zwischen Patient und Therapeut, der durchaus emotional sein darf – Respekt und Dankbarkeit sind dabei angemessene Empfindungen. Manche Psychotherapiepatienten weisen jedoch aufgrund diverser negativer Erfahrungen mit Bindungen zu biografischen Bezugspersonen häufig verletzte Bindungsstrukturen auf, sodass es in der Schlussphase von Psychotherapien leicht zu Zwischenfällen kommen kann. Ergebnisse einer eigenen aktuellen Studie haben gezeigt, dass das Risiko für negative Emotionen am Ende einer Therapie erhöht ist, wenn Patienten pathologische Bindungsmuster aufweisen (bislang unveröffentlichte eigene Daten). Anstatt den Therapeuten zu respektieren, wird er idealisiert, was schnell in Hassgefühle umschlagen kann, wenn sich dieser enttäuschend verhält. Und es obliegt zwangsläufig der Rolle des Therapeuten, den Patienten zu verlassen, d. h. ihn zu enttäuschen. Letztendlich ist es das eigenartige Ziel der TB, sich nach einer mitunter relativ langen Phase enger Bindung überflüssig zu machen, sich aufzulösen. Das professionelle Gestalten der TB beinhaltet damit neben allgemeinen Strategien zur Herstellung einer stabilen und vertrauensvollen Beziehung zudem auch Strategien, um diese Beziehung wieder aufzulösen. Allerdings sind insbesondere diese finalen Gestaltungsprinzipien nicht näher operationalisiert. Es obliegt bislang dem jeweiligen individuellen Geschick des

Die meisten Therapien enden problemlos ohne Eskalation.

Insbesondere Patienten mit verletzten Bindungsstrukturen kann es jedoch schwerfallen, vom Therapeuten verlassen zu werden, einhergehend mit sehr intensiven Emotionen. Um krisenhafte Entwicklungen gegen Ende einer Therapie zu verhindern, muss die Phase der emotionalen Ablösung sorgfältig strukturiert werden.

Therapeuten abzuschätzen, wann und wie der Prozess der Ablösung eingeleitet und vollzogen werden muss.

In den vergangenen 20 Jahren ist die Gestaltung der TB in der Verhaltenstherapie immer bedeutsamer geworden. Das gilt insbesondere für die Behandlung von Patienten mit Interaktionsstörungen. Denn wenn die zwischenmenschliche Interaktion das zentrale Problem des Patienten darstellt, manifestiert es sich auch im Rahmen der TB. Vermutlich ist dies die „einfachste“ Art, den therapeutischen Wirkfaktor „Problemaktualisierung“ zu realisieren – er wird automatisch aktiviert, sobald die Interaktion zwischen Patient und Therapeut beginnt.

Was einst als störendes Phänomen betrachtet wurde, nämlich die Störung der Therapie auf der Prozessebene, wird heute als erwünschte Aktivierung der zu behandelnden Symptomatik begrüßt und im Sinne einer „In-Session-Fokussierung“ zum Therapiethema gemacht. Die implizit ablaufende Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut wird expliziert und bearbeitet. Ferner wird die Interaktion im Sinne einer therapeutischen Methodik vom Therapeuten explizit gestaltet, weshalb diverse spezifische Konzepte zur Beziehungsgestaltung entwickelt wurden. Dazu zählen die dialektische Beziehung (DBT; Linehan 1996), das Limited Reparenting (Schematherapie; Young et al. 2008), die komplementäre (motivorientierte) Beziehung (Grawe 1998), die klärungsorientierte Psychotherapie (Sachse et al. 2011), das disziplinierte persönliche Einlassen und die interpersonelle Diskrimination (beides CBASP [Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy]; McCullough 2000). Das Konzept des Motivational Interviewing (MI; motivierende Gesprächsführung), das bei ambivalenten Patienten zum Aufbau von Änderungsmotivation wirksam ist, besteht hauptsächlich aus Überlegungen zur Gestaltung der therapeutischen Interaktion (Miller und Rollnick 2004).

Umso erstaunlicher ist es, dass keines dieser sehr ausdifferenzierten Konzepte Strategien liefert, wie die spezifisch gestaltete und gewünschte enge Beziehung wieder aufgelöst werden kann, abgesehen von den Feststellungen, dass dies gegen Ende der Therapie erfolgen muss.

Wie realisiert man nach einer langen Phase gemeinsamer Arbeit und enger Bindung den Verlauf des langsamen Ablösens, ohne dass die Beziehung eine Störung oder einen Bruch erfährt? Ein allmähliches Ausschleichen soll erfolgen, initiiert und realisiert durch den Therapeuten. Da die Literatur keine Hinweise liefert, wie dieser Prozess des Ausschleichens konkret erfolgen sollte, könnte man auf den Gedanken kommen, dies wäre nicht allzu schwierig und ein ausgebildeter Therapeut wüsste implizit, was er zu tun hat. Allerdings gehören zur TB immer zwei handelnde und entscheidende Personen mit jeweils eigenen Motiven und Wünschen an die Beziehung. Und wenn ein Patient nicht zur Auflösung der Beziehung bereit ist, hat es der Therapeut sehr schwer, sein Ziel zu realisieren, auch wenn es inhaltlich sinnvoll und formal vorgegeben ist.

Literatur

- Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen
- Linehan MM (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. CIP-Medien, München
- McCullough JP (2000) Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. Guilford Press, New York
- Miller WR, Rollnick S (2004) Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg
- Noyon A, Heidenreich T (2009) Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. Beltz PVU, Weinheim
- Sachse R, Sachse M, Fasbender J (2011) Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe, Göttingen
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2008) Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann-Verlag, Paderborn

Das Ende in der Psychotherapie erfolgreich gestalten
Schnell, Th.

2018, VIII, 164 S. 12 Abb. Book + eBook., Softcover

ISBN: 978-3-662-54844-8