

Kernberg ■ Dulz ■ Eckert

WIR: — Psychotherapeuten —

über sich
und ihren »unmöglichen« Beruf

Unter Mitarbeit von

Salman Akhtar
Hansruedi Ambühl
Anna P.
Anna Q.
Harry Askitis
Martin S. Bergmann
Eva-Maria Biermann-Ratjen
Thomas Bronisch
Anna Buchheim
Michael B. Buchholz
Manfred Cierpka
Erdmuthe Fikentscher
Harald J. Freyberger
Michael J. Froese
Jürgen Hardt
Sven Olaf Hoffmann
Eva Jaeggi
Horst Kächele
Gerd-Christian Kampen
Astrid Keßler

Nina Knauerhase
Thomas Köhler
Karl König
Rainer Krause
Jürgen Kriz
Anton-Rupert Laireiter
Ulrich Lamparter
Fritz Lichtenberger
Mathias Lohmer
Jan Meyerberg
David Orlinsky
Christiane Pallasch
Friedemann Pfäfflin
Michael Radtke
Udo Rauchfleisch
Luise Reddemann
Günter Reich
Christian Reimer
Franz Resch
Rainer Richter

Hertha Richter-Appelt
Gerhard Roth
Gerd Rudolf
Ulrich Sachsse
Thomas Schlüter
Wolfgang Schmidbauer
Almuth Sellschopp
Hubert Speidel
Bernhard Strauß
Hans-Otto Thomashoff
Bernhard Trenkle
Henner Völkel
Vamık D. Volkan
Dietrich von Engelhardt
Kirsten von Sydow
Corinna Wernz
Eberhard Wilke
Ulrike Willutzki
Léon Wurmser

WIR: — Psychotherapeuten —

über sich
und ihren »unmöglichen« Beruf

Herausgegeben von

Otto F. Kernberg
Birger Dulz
Jochen Eckert

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über < <http://dnb.ddb.de> > abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2005 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Satz: Satzpunkt Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: fgb – Freiburger Graphische Betriebe GmbH, Bebelstr. 11, 79108 Freiburg

Gedruckt auf chlor- und säurefrei gebleichtem Papier.

ISBN 3-7945-2293-1

— Zueignung —

Psychotherapeut – ein unmöglicher Beruf? Sigmund Freud fand es nicht nur, er schrieb es auch. So manche finden es. Manchmal finden »WIR« es auch. Und darüber schreiben? Unmöglich, fanden viele. Wir nicht. Und mit uns 57 Autoren.

Die Idee zu diesem Buch kam auf einem Kongress. Da saß ein Psychotherapeut und langweilte sich in einem Vortrag ganz furchtbar ... so sehr, dass er heute nicht einmal mehr weiß, um was es in dem Vortrag ging und wer ihn hielt. Langeweile kann jedoch beflügeln – in diesem Fall führte sie zu der Idee, alles (Un-) Mögliche über diesen unmöglichen Beruf einmal aufzuschreiben. Er (B. D.) fragte einen Kollegen auf dem Kongress, der auf Anhieb vier Ideen für Texte hatte, die er zu dem Buch beisteuern wollte. Auf den Hinweis, er solle aber nicht nur schreiben, sondern auch mit herausgeben, folgte eine Schrecksekunde, und dann die Zustimmung. Auch der dritte Kollege sagte sofort zu. So entstand das Trio Kernberg-Dulz-Eckert, das sich daran machte, den unmöglichen Beruf in einem nun nicht mehr unmöglichen Buch zu beleuchten und beleuchten zu lassen.

Ausgangspunkt war eine gemeinsame Feststellung: Es ist unmöglich, dass über den unmöglichen Beruf so wenig Literatur existiert, dass »WIR« als Nachfahren der Alchemisten gelten könnten. Das wollten wir nicht. Wir wollten zeigen, dass Psychotherapie fundiert und lebendig, dass Psychotherapeuten vielseitig und menschlich sind.

Ein kritisches Buch sollte es werden, kein böses. Ein humorvolles zudem, auch ein persönliches. Autoren sollten sich »zeigen« können, so weit sie es wollten; bloßgestellt werden sollte niemand. Deshalb haben wir Herausgeber auch die Vereinbarung getroffen, dass jeder von uns, der eine Zeile, ein Wort oder eine Passage missverständlich oder nicht angemessen findet, Vetorecht hat und somit die anderen beiden Herausgeber »überstimmen« kann.

Nur ganz wenige Gefragte mochten nicht zusagen (»Das Thema ist mir zu heiß«. »Da gibt es sicherlich kompetentere Kollegen«). Und fast alle lieferten den zugesagten Text auch. Herausgekommen sind 59 sehr unterschiedliche Texte – so unterschiedlich wie die Autoren selbst. Wir finden, dass die Texte tatsächlich die Charaktere der jeweiligen Autoren widerspiegeln. Und so wird – was alle schon immer gewusst haben – deutlich, dass es »den« Psychotherapeuten nicht gibt.

Das bedeutet allerdings auch, dass verschiedene Menschen, die derselben Schule angehören, zumindest in Nuancen anders therapieren. Daran ändern auch Manuale nichts. Diese Individualität ist die Crux, aber mehr noch die Chance der Psychotherapie und ihrer Aufgabe: jedem Menschen seine individuelle Behandlung zu ermöglichen. Deshalb beinhaltet der Rat, sich vor Beginn einer The-

rapie immer mehrere Psychotherapeuten anzusehen, eine Selbstverständlichkeit und ist also – jedenfalls für Insider – ein irgendwie überflüssiger Hinweis.

Für wen ist aber nun dieses Buch? Erst einmal für uns, die Herausgeber, selbst. Uns hat interessiert, was typischerweise bislang nicht geschrieben wurde. Dann natürlich für alle Kollegen, auch als Ermutigung für ihre Berufsausübung. Und schließlich auch für unsere Patienten, denn je informierter ein Patient ist, desto besser ist die Behandlungsprognose.

Uns hat die Bearbeitung der Texte nicht unberührt gelassen. Denn die Beiträge betreffen uns selbst auf eine manchmal ausgesprochen persönliche Weise. Mal vom Inhalt her, mal wegen einer inneren Verbindung mit dem Autor. Das fängt mit der Frage an, warum wir Psychotherapeuten geworden sind. Und führt zwangsläufig zu der Frage, warum wir Herausgeber in unserem gemeinsamen Spezialgebiet arbeiten, den Persönlichkeitsstörungen, deren Therapie, beispielsweise bei Vorhandensein antisozialer Tendenzen, immer noch eine besondere Herausforderung darstellt. Womöglich ist es kein Zufall, dass gerade Psychotherapeuten von primär Borderline-Patienten die Initiative ergriffen haben, den eigenen Beruf öffentlich zu beleuchten, und so eine spezielle Grenzlinie überschritten wurde.

Ich, Otto Kernberg, wurde Psychotherapeut, nachdem ich bereits Psychoanalytiker war – eine recht ungewöhnliche Reihenfolge für einen in den Vereinigten Staaten praktizierenden Psychiater und Psychoanalytiker. Meine analytische Ausbildung erhielt ich am Institut der chilenischen psychoanalytischen Gesellschaft, während ich im Rahmen meiner psychiatrischen Facharztausbildung an der Universität von Chile in Santiago psychotherapeutisch arbeitete. Psychotherapie bedeutete damals, in den frühen 50er Jahren in Chile wie in den Vereinigten Staaten, in erster Linie die Orientierung an supportiven Ansätzen, die sich aus der psychoanalytischen Theorie ableiteten. Für schwer charaktergestörte Patienten, die definitiv nicht für das Couch-Setting geeignet waren, und vor allem für psychotische Patienten, die in gewisser Weise auf psychotherapeutische Interventionen ansprachen, schien mir stützende Psychotherapie damals die Methode der Wahl – eine Behandlungsform, die meiner Generation von jungen psychiatrischen Facharztanwärtern jedoch weniger wertvoll und weniger aufregend erschien.

Erst nachdem ich mit einem Stipendium der Rockefeller Foundation in die Vereinigten Staaten gekommen war, um mich dort von den neuartigen Psychotherapiemethoden für die Behandlung von Schizophrenien begeistern zu lassen, wie sie in der Gegend um Baltimore und Washington praktiziert wurden, hatte ich das Glück, unter der Supervision von John Whitehorn, dem Vorsitzenden der Psychiatrischen Abteilung an der John Hopkins Universität, eine intensive psychotherapeutische Behandlung einer schizophrenen Patientin von 1959 bis 1960 durchzu-

führen. Zum ersten Mal machte ich die Erfahrung, wie es war, in eine bedeutsame kommunikative Beziehung mit einer 19-jährigen Patientin zu treten, die halluzinierte und Wahnvorstellungen entwickelt hatte und die der Meinung war, ich sei der Teufel, der sie sexuell verführen wollte. Unsere Gespräche fanden in Anwesenheit einer Krankenschwester in einer Gummizelle statt, da die Patientin für gewöhnlich in einen hoch agitierten Zustand geriet, in dem sie sich die Kleider vom Leib riss und nackt auf dem Boden sitzend masturbierte, während sie mich des Verführungsversuchs beschuldigte. Die Situation war Furcht erregend, und was auch immer an erotischen Elementen in ihren Mitteilungen enthalten gewesen sein mag, wurde durch die implizite Androhung von Gewalt neutralisiert. Durch ihren wiederholten Hinweis, ich erinnerte sie an ein enges Familienmitglied, ließ sich jedoch im Verlauf mehrerer Monate herausfinden, dass ihre wahnhaften Ängste traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit widerspiegelten, über die wir nach und nach sprechen konnten und die, je eingehender wir sie explorierten, mit einem allmählichen Nachlassen der psychotischen Symptomatik einhergingen.

Ich werde nie vergessen, wie verstört ich war, als ich eines Tages auf ihr provokatives sexuelles Verhalten eine heftige erotische Reaktion entwickelte, und das zu einem Zeitpunkt, an dem ihr Verhalten außerhalb unserer Stunden von zunehmender Realitätsprüfung gekennzeichnet war und sich ihr Konflikt hinsichtlich sexueller Impulse gegenüber einer Vaterfigur eindeutig in der Übertragung etabliert hatte.

In den darauf folgenden Stunden kam es zu einer deutlichen Manifestation dieser Übertragung-Gegenübertragungs-Verknüpfung und es war möglich, den Konflikt zwischen ihrer Angst und ihrem Wunsch innerhalb der therapeutischen Beziehung zu bearbeiten. Dieser Patientin helfen zu können ließ in mir den Impuls entstehen, mich der Erforschung der Übertragungen genau jener Patienten zu widmen, für die das klassische analytische Setting eindeutig nicht in Frage kam, was mich wiederum auf das Gebiet der Borderline-Persönlichkeitsorganisation führte.

Während Schizophrenien und affektive Störungen eindeutig und ein-drucksvoll auf psychopharmakologische Interventionen ansprechen (obgleich ich der Auffassung bin, dass zu einer vollständigen Behandlung dieser Patienten auch Psychotherapie gehört), erwiesen sich schwere Persönlichkeitsstörungen als optimales Feld für die Erforschung intensiver Übertragungsmanifestationen im Kontext eines psychotherapeutischen Settings, das sich von der herkömmlichen Psychoanalyse unterschied. Im Rahmen meiner klinischen Tätigkeit an der Menninger Foundation in Topeka/Kansas hatte ich später Gelegenheit, diese Hypothese zu überprüfen, was zur Grundlage der von mir begeistert aufgenommenen psychoanalytischen Psychotherapie für diese Störungsbilder wurde.

Ich, Birger Dulz, habe auch noch Jahre nach Abschluss meiner Psychotherapieausbildung nicht wirklich gewusst, warum ich ausgerechnet diesen unmöglichen Beruf ergriffen habe. Die Antwort auf diese Frage kam durch ein Telefonat mit der Mutter meines ersten »besten« Freundes, Horst, der – gleichaltrig – an einem Hirntumor verstorben ist, bevor wir beide, wie geplant, dieselbe Grundschule besuchen konnten. Mir war immer eine Szene präsent, in der ich plötzlich verstand, dass Horst schwer krank war: Er zeigte für mich damals deutliche Zeichen einer (wie ich es heute nenne) Hirnbeteiligung. In unserer Beziehung war es selbstverständlich, dass Seins Meins und Meins Seins war. Während er schon bettlägerig war, fragte ich aus damals unerfindlichen Gründen: »Kann ich ein Stück von der Schokolade?« Als Horst mit »Nein!« antwortete, wurde mir schlagartig die Schwere der Erkrankung klar – er war, wie ich nun verstand, nicht mehr »normal«.

Diese Szene erinnerte ich, aber was mir seine Mutter Jahrzehnte später erzählte, hatte ich vergessen gehabt. Ich soll an Horsts Grab gesagt haben: »Ich werde Arzt.« Arzt wegen eines Freundes, den ich schließlich wegen seiner hirnorganischen Wesensänderung nicht mehr verstehen konnte. So wird auch klar, warum es mir immer so wichtig war und ist, meine Patienten »verstehen« zu können. Heute haben die meisten meiner Patienten eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, und ich fand immer, dass das eine ausgesprochen »logische« Erkrankung darstellt und das Verhalten dieser Patienten oft ausgesprochen gut zu verstehen ist ... schon lange, bevor ich gewahr wurde, dass mein Beruf auf einem doppelten »Vermächtnis« beruht. Denn auch meine Freundin und Kollegin Angela Schneider starb an einem Karzinom, und von ihr bin ich an die Therapie von Borderline-Patienten herangeführt worden. Und an die Schriften von Otto Kernberg. Dass ich mit Otto Kernberg je gemeinsam publizieren, also je zusammenarbeiten würde, daran habe ich damals nicht einmal im Traum gedacht. Heute macht es mich stolz, und ich fühle mich mit Herrn Kernberg verbunden, obwohl oder gerade auch, weil wir nicht immer einer Meinung sind. Und stolz bin ich auch wegen der Freundschaft zu Jochen Eckert, die ursprünglich so gar nicht zu erwarten war, denn wir begegneten uns lange mit sehr viel Reserviertheit.

Ich, Jochen Eckert, musste leider feststellen, dass mein Weg zum Beruf des Psychotherapeuten so wenig geradlinig war, dass ich zu seiner Darstellung ein eigenes Kapitel (s. Kap. 3.7) gebraucht habe. Als ich nach 20 Jahren meinen Arbeitsplatz in der Psychiatrischen und Nervenklinik mit dem Psychologischen Institut III der Universität Hamburg »vertauscht« hatte, habe ich die psychotherapeutische Praxis zugunsten der Psychotherapieforschung und anderer Aufgaben eines Hochschullehrers eingeschränkt. An die Stelle des Zuhörens ist das Lesen getreten. Nach an-

fänglichem Bedauern finde ich das inzwischen gut so, denn ich kann mich vor nicht gewollten Erfahrungen besser schützen: Es ist für mich bei weitem einfacher, nicht hinzusehen oder die Augen zu schließen als wegzuhören. Dennoch findet »Wahrheitsfindung« am ehesten im direkten Kontakt statt, mit Hören *und* Sehen. Wäre nicht ein solcher eines Tages – in Wien! – zu Birger Dulz hergestellt worden, wäre er für mich ein Therapeut geblieben, der seine Patienten im entscheidenden Moment im Stich lässt. So war er mir nämlich von einer Patientin geschildert worden, die enttäuscht die Behandlung bei ihm abgebrochen hatte. Ich wusste, die Frau litt unter einer Borderline-Störung, aber ich wusste auch, dass nicht jede Wahrnehmung eines Borderliners Ausdruck einer Entwertung im Zuge einer spaltenden Abwehr ist, sondern dass sie manchmal auch schlicht die Wahrheit wahrnehmen. Rückblickend lässt sich feststellen, dass sich auch außertherapeutische Beziehungen zum Guten wandeln können.

So haben wir also alle eine, nein: sicher weit mehr als nur eine persönliche Motivation zu diesem unmöglichen Beruf und unserem Spezialgebiet. Und sind damit in dieser Branche nicht allein. Vielleicht unterscheidet sich unser Beruf darin von fast allen anderen.

Er unterscheidet sich allerdings auch durch das Ausmaß menschlicher Tragödien, an denen wir beteiligt waren. Die sollen hier nicht verschwiegen werden, auch weil sie unvermeidlich sind. Bei einem Internisten, der einen Patienten mit Pankreas-Karzinom verliert, findet es jeder normal, dass der danach rasch zur Tagesordnung zurückkehrt. Verlieren wir einen Patienten, insbesondere durch Suizid, hinterlässt das bei uns Spuren. Häufig kreiden wir uns den Tod eines Patienten an und vergessen dabei, dass wir Aufgaben angenommen haben, die die Gesellschaft wegen ihrer Unerträglichkeit an uns delegiert hat, und die beinhalten, dass wir etwas behandeln, was nicht lokalisierbar und ohne jede Möglichkeit einer objektiven Beurteilung ist.

Ich, Otto Kernberg, machte die schmerzlichste Erfahrung im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit bereits während des ersten Jahres meiner psychiatrischen Facharztausbildung an der Psychiatrischen Abteilung der Universität von Chile. In der Behandlung von Schizophrenien wurde damals, im Jahr 1954, nach wie vor in erster Linie Insulin eingesetzt, während die klinische Erprobung von Chlorpromazin gerade erst begonnen hatte. Ich war verantwortlich für die Station der Insulin-Koma-Behandlung, auf der jeden Morgen insgesamt zwölf bis fünfzehn Patienten behandelt wurden. Zu meinen Aufgaben gehörte die neurologische Überwachung der präkomatösen und komatösen Zustände sowie die Anordnung der intravenösen Glukosebehandlung, mit der die Patienten zum richtigen Zeitpunkt aus dem Koma geholt werden sollten. Ich hatte

mich immer für Neurologie interessiert und hielt mich, trotz meiner begrenzten Erfahrungen auf diesem Gebiet, für gut ausgebildet, um die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Einschätzungen bzw. Entscheidungen vorzunehmen. Dem Oberarzt auf dieser Station kam hauptsächlich die Aufgabe des Hintergrunddienstes zu, obwohl natürlich er es war, dem letzte Entscheidungsgewalt und Verantwortung oblagen.

Ich muss betonen, dass die Rotation auf diese Station von besonderer emotionaler Bedeutung für mich war, da mein Onkel, Manfred Sackel, die Insulin-Koma-Behandlung für Schizophrenien entdeckt hatte. Er war eine wichtige Figur meiner Kindheit, nicht zuletzt, da meine Mutter sich an ihn als maßgebliche Autorität wandte, wann immer sie ein psychologisches Problem an mir wahrzunehmen glaubte. Ich verspürte immer ein leichtes Gefühl der Beklemmung, wenn sie mit mir in seine Klinik in der Wiener Vorstadt fuhr, wo unsere Familie lebte. Manfred Sackel war noch vor dem »Anschluss« Österreichs an das Deutsche Reich in die USA emigriert, wo er seine Behandlungsmethode in Boston weiterentwickelt hatte. Meine Eltern und ich verließen Wien, nachdem die Deutschen Österreich besetzt hatten. So trat ich also viele Jahre später und in einem anderen Land in die Fußspuren meines Onkels.

Am ersten Tag, nachdem ich auf besagte Station gewechselt hatte, ereignete sich Folgendes: Einer der Patienten, Herr A., befand sich nach meinem Dafürhalten bereits im Koma, in dem er nicht länger als zehn Minuten bleiben sollte, sodass ich die Oberschwester bat, die entsprechende intravenöse Glukosebehandlung einzuleiten. Diese teilte mir nicht ohne Herablassung mit, dass ein anderer Patient, Herr B., Vorrang habe und als erster aus dem Koma geholt werden müsse – eine Auffassung, die ich nicht teilte. Nachdem wir hierüber in Streit geraten waren, verständigte die Schwester den zuständigen Oberarzt, der mir mit einer Mischung aus väterlichem Wohlwollen und ironischem Unterton vorschlug, doch den Rat der erfahrenen Oberschwester zu befolgen, dem er sich selbst anschließe (allerdings hatte er nur einen kurzen Blick auf beide Patienten geworfen). Widerwillig stimmte ich zu, beim zweiten Patienten wurde eine intravenöse Glukosebehandlung eingeleitet, während Herr A., der für mich Vorrang hatte, danach kommen sollte.

Doch dem Pflegepersonal gelang es nicht, Herrn A. aus dem Koma zu holen, und trotz Notfallbehandlung durch ein Spezialteam starb er noch am selben Nachmittag. Er hinterließ eine Frau und mehrere Kinder und ich war am Boden zerstört. Alle Insulinbehandlungen wurden ausgesetzt und es wurde eine Untersuchung eingeleitet – mit allen Nachwehen, die dies für das Krankenhaus bedeutete. Schließlich wurde ich von der Verantwortung für diese Tragödie freigesprochen, die den ersten und Gott sei Dank einzigen vermeidbaren Todesfall eines meiner Patienten bedeutete.

Lange Zeit hatte ich tiefe Schuldgefühle und weigerte mich, auf der neu eröffneten Insulin-Koma-Station zu arbeiten. Diese Erfahrung hinterließ tiefe Spuren, was meine spätere berufliche Haltung anging. Nachdem ich meine Schuldgefühle und meine Depression hinsichtlich dieses Patienten durchgearbeitet hatte, wandelte sich meine Trauer in schwellenden Ärger und mündete in der Entscheidung, niemals wieder auf irgendeine Autorität zu hören, wenn es nicht meiner eigenen Überzeugung entsprach, sowie auf Wissen und Präzision mehr zu vertrauen als auf die Stimme der Macht.

Ich, Birger Dulz, schildere den Fall von Frau C. Sie war über ein halbes Jahr in meiner einzel- und gruppentherapeutischen Behandlung. Natürlich war sie schwer gestört, aber sie machte auch nach Ansicht aller Teammitglieder deutliche Fortschritte. Jetzt wie auch zuvor schon blitzte ihr scharfer Verstand immer wieder durch, wie üblich mit viel Selbstironie, mit viel Humor. Jetzt, viel mehr als am Anfang, erlebte sie ihre Beziehungsprobleme und litt unter ihnen in dem Maße, in dem Symptome wie ihre ursprünglich den Tagesablauf völlig dominierenden Zwänge abnahmen. Am Wochenende war sie mit ihrem Freund, den sie als Mitpatienten bei uns kennen gelernt hatte, zu Hause in ihrer Wohnung. Die beiden gerieten aus mir bis heute unklaren Gründen aneinander, und Frau C. nahm alle verfügbaren Tabletten plus eine halbe Flasche Whisky ein. Ihren Freund hinderte sie am Anruf bei der Feuerwehr, indem sie sich ein Messer an die Rippen setzte und mit dem Zustecken drohte, wenn er das Telefon in die Hand nähme. Als sie bewusstlos geworden war, holte er den Notarzt. Frau C. konnte auf der Intensivstation gerettet werden. Körperlich. Mental, wie man heute so schön sagt, war das Überleben eine Katastrophe. Frau C. kann seitdem nicht mehr sprechen, sich nicht versorgen. Eigentlich kann sie nichts außer schaukeln, irgendwelche Laute von sich geben und schlucken. Ich habe sie regelmäßig besucht, so lange sie bei uns in der Klinik war. Und ich glaube, sie erkannte mich – zumindest als eine ihr bekannte Person.

Ich habe Frau C. nicht mehr besucht, nachdem sie schließlich in ein Pflegeheim verlegt worden war. Und ich war froh, dass dieses zig Kilometer von Hamburg entfernt liegt. Ich war froh über einen »objektiven« Grund, mich distanzieren zu können ... von den schwer erträglichen Gefühlen, eine einst kluge, humorvolle, charmante, schlagfertige, begabte und attraktive Patientin als seelische, intellektuelle und körperliche Ruine erleben zu müssen. Dennoch muss ich immer wieder an sie denken. Und in Vorträgen berichte ich – natürlich sachlich und anonymisiert – über Frau C. Als Hommage, wenn Sie so wollen. Und auch heute noch, Jahre später, könnte ich dabei jedes Mal heulen. Ich tue es natürlich nicht. Natürlich nicht. Und ich weiß spätestens seit dem Fall

C. ganz genau, dass ein Suizid manchmal weit besser ist als ein Suizidversuch.

Die Angehörigen hatten nicht einmal leise Kritik geäußert. Und auch ich bin mir im Grunde sicher, dass ich diesen Suizidversuch nicht hätte verhindern können, aber diese Erkenntnis hilft mir nur wenig.

Ich, Jochen Eckert, schildere den Fall von Herrn D. Herr D. war Mitglied einer ambulanten Therapiegruppe für Borderline-Patienten. Sein Hauptproblem waren immer wieder auftauchende Suizidgedanken und -impulse, denen er in der Vergangenheit dreimal nachgegeben hatte.

Die Suizidabsichten wurden auch Thema in den Gruppensitzungen. Mitpatienten, Therapeut und Co-Therapeutin »rangen« mit dem Patienten darum, dass er davon Abstand nehme. Wir Therapeuten versuchten es vor allem auf dem Weg, ihm zu vermitteln, dass seine Schuldgefühle das zu behandelnde Symptom seien, und nicht wirkliche Schuld. Ein halbes Jahr nach Abschluss der Gruppenbehandlung passierte das, was ich mir nicht hatte vorstellen können oder wollen: Der Patient überfuhr mit seinem Auto auf einer unbeleuchteten Landstraße bei strömenden Regen einen Radfahrer, der einen bleibenden Schaden (versteiftes Knie) davon trug. Der Patient suchte mich nach diesem Unfall nochmals auf. Er berichtete vom Unfallhergang und davon, wieder suizidal zu sein. Nun habe er doch wirkliche Schuld auf sich geladen. Schon während des Gesprächs merkte ich, dass meine Versuche, ihn von seinen Schuldgefühlen zu befreien, indem ich auf das Wetter, die Dunkelheit und das unbeleuchtete Fahrrad verwies, keine Resonanz fanden. Wenige Wochen später bekam ich die Nachricht von seinem Tod.

Erst im Nachhinein ist mir die unausgesprochene Botschaft des Patienten an mich in unserem letzten Gespräch deutlich geworden: Wenn ich mich jetzt umbringe, mache ich mich Dir gegenüber nicht schuldig, denn nun habe ich wahre Schuld auf mich geladen. Ich ringe noch heute mit der Frage, ob ich Schuld auf mich geladen habe. Ich habe seinen Selbstmord nicht verhindern können.

Neben dem Blick auf jene Einzelschicksale, mit denen wir es in unserem psychotherapeutischen Alltag vor allem zu tun haben, müssen wir natürlich den Fokus auch auf den Gesamtbereich Psychotherapie richten. Der Fokus auf's »Ganze« ist natürlich nicht wichtiger als der einzelne Patient, aber auch nicht unwichtiger, denn er führt letztlich hin zu dem, wie der einzelne Patient behandelt werden kann und muss. Oder auch müsste: Die Mehrzahl psychisch schwer Kranker (wie Borderline-Patienten, depressive und schizophrene Patienten) erhält nicht oder zumindest nicht ausreichend jene Psychotherapie, die ihnen nach dem Stand der Wissenschaft zustünde – um den Preis einer Verschlechterung der Individualprognose.

Unser großes und immer umfassender und damit auch komplizierter werdendes Gebiet der Psychotherapie, das schon lange kein Einzelner mehr komplett beherrschen kann und deshalb der Spezialisierungen bedarf, wird aktuell von heftigen Kontroversen heimgesucht. Ohne sie kann Fortschritt nicht entstehen. Daneben aber drohen diese Kontroversen die Vertreter unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen und Schulen zu spalten. Dabei wird von uns Psychotherapeuten leicht übersehen, dass wir angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen schon außerhalb der Psychotherapie mehr als genug »Gegner« haben, und das sind letztlich alle, die ebenfalls aus dem Topf »Gesundheitswesen« finanziert werden. Da wäre mehr Zusammenhalt in unserem Genre sicher wichtig, soll die Psychotherapie nicht zunehmend unter die Räder der Somatik geraten.

Die Leser dieses Buches sollten sich angesichts der Psychotherapie-internen Kontroversen vergegenwärtigen, dass die folgenden Texte und Aufsätze von – glücklicherweise vorhandenen – unterschiedlichen Positionen geprägt sein werden, die zuweilen in scharfem Kontrast zueinander stehen. In den einzelnen Kapiteln werden manche dieser kontroversen Standpunkte gestreift: bezüglich des Wesens von Psychotherapie, des Vergleiches verschiedener therapeutischer Ansätze sowie der Probleme bei der Erforschung psychotherapeutischen Handelns. Auch wenn diese Kontroversen nicht den Hauptfokus des Buches darstellen, so zeigen sie einen weiteren Aspekt dessen auf, was Kliniker und Forscher antreibt, und eben diese Kontroversen werden leidenschaftliche Reaktionen hinsichtlich der Frage hervorrufen, wohin sich der Bereich Psychotherapie bewegt.

An erster Stelle innerhalb dieser kontroversen Auseinandersetzung steht die Frage, ob sich psychotherapeutischer Fortschritt mit Hilfe herkömmlicher Methoden wissenschaftlicher Objektivität erreichen lässt oder ob er von der Kreativität und Intuition des Therapeuten abhängig ist, der das Unbekannte der intersubjektiven Welt in den Therapiesitzungen zu erkunden sucht. Letztlich handelt es sich hier um den Streit zwischen jenen, die Psychotherapie als Wissenschaft begreifen, und jenen, die sie als Kunst verstanden wissen wollen, also zwischen jenen, die Effektivität und Wirkung anhand empirischer Methoden erforschen wollen und überzeugt davon sind, dass die Zukunft in einer evidenzbasierten Medizin liegt, und jenen, die diese Position als mechanistisch und restriktiv ablehnen, weil sie den Spielraum zur Erforschung von Intersubjektivität und Unbewusstem einschränke. Bestimmte Aspekte dieser Kontroverse werden am Bemühen mancher Therapeuten erkennbar, spezifische behandlungstechnische Manuale zu entwickeln – im Gegensatz zu jenen Kollegen, denen es vor Manualen graut und die sie als einengend und kontraproduktiv für die Schaffung einer einzigartigen psychotherapeutischen Beziehung ablehnen ... oder auch Manuale als primär „politisch“ erzwungenes Übel im Rahmen der Debatten, welche Therapien von den Kostenträgern bezahlt werden oder eben nicht, zähneknirschend hinnehmen.

Eine zweite wichtige Kontroverse hat mit der Verbreitung unterschiedlicher Psychotherapieschulen zu tun, die auf unterschiedlichen Persönlichkeitstheorien

sowie unterschiedlichen Konzepten normaler und pathologischer Entwicklung basieren. Die Frage lautet hier, ob die eine oder andere Therapieform besser als alle anderen ist – sei es auf der Grundlage randomisierter Kontrollstudien, sei es aufgrund der Tiefe, mit der menschliches Erleben erforscht wird, oder aber aufgrund der Nähe der psychotherapeutischen Behandlungstechnik zu einer bestimmten Persönlichkeitstheorie, die umfassender oder wissenschaftlicher als andere erscheint. Das Gegenstück zu diesem Wettbewerb unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze repräsentiert jene Annahme, dass die unterschiedlichen Therapieformen auf unterschiedlichen funktionellen Ebenen der Persönlichkeit und Psychopathologie operieren, dass es also unterschiedliche Mechanismen sind, die auf Patienten einwirken, und es folglich weniger um ein »Wettrennen« geht als um die Frage nach entsprechender Indikation und Kontraindikation – eine Ansicht, die wir drei Herausgeber teilen. Selbstredend sind es persönliche Erfahrungen, persönlicher Einsatz und persönliche Bindung, welche die eigene Haltung gegenüber einer wissenschaftlichen oder politischen Position bestimmen.

Es gibt auch Kontroversen innerhalb derselben theoretischen Richtung: Einige kognitiv/verhaltenstherapeutisch orientierte Autoren sind geneigt, das Konzept subjektiver Strukturen den psychoanalytischen Schulen zu entlehnen, nicht nur, was die kognitive Organisation eines Patienten angeht, sondern auch hinsichtlich tiefer liegender affektiver Dispositionen. Andere Autoren dieser Richtung wiederum sehen in dieser Entwicklung eine Bedrohung für einen rein kognitiv/verhaltenstherapeutischen Ansatz, da durch Subjektivität und potenzielle Willkür die wissenschaftliche Basis unterminiert würde. Innerhalb der Psychoanalyse betrachtet ein »konservativer« Flügel die psychoanalytische Psychotherapie als zweitklassige Behandlungsform, die supportive Psychotherapie als noch rangniedriger – während »liberale« oder »revolutionäre« Vertreter derselben Richtung die psychoanalytische Psychotherapie im Gegensatz zur Standardpsychoanalyse als die derzeit vielversprechendste Behandlungsform ansehen, insbesondere für jene schwer gestörten Patienten, die jetzt schon und künftig sicher noch deutlich zunehmend den Hauptanteil unserer klinischen Klientel ausmachen. Und dann gibt es Kontroversen, ob und inwieweit Therapieverfahren, wie die Gesprächspsychotherapie, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, überhaupt von den Krankenkassen bezahlt werden sollen, ob also solche Therapieverfahren nicht zwischen den Blocks »psychoanalytische Verfahren« und »verhaltenstherapeutische Verfahren« zermalmt zu werden drohen. Denn: Das verfügbare Budget ist trotz der allgemein zugenommenen Behandelbarkeit psychischer Störungen durch Psychotherapie nicht größer geworden, und eine künstliche Beatmung wird nun einmal schwerer abgelehnt als eine psychotherapeutische Behandlung schwer lebensbeeinträchtigender und nicht selten auch lebensbedrohender psychischer Störungen. Von der »Gleichberechtigung« von Körper und Psyche sind wir noch meilenweit entfernt.

Man könnte fortfahren und auf die Kontroverse hinweisen zwischen jenen, die die biologischen Wurzeln von Temperament und affektiven Reaktionsmustern unterstreichen, im Gegensatz zu jenen, die den Fokus auf die interpersonelle Beziehung richten, ausgehend von frühen Bindungsmustern bis hin zur Entwicklung von Übertragung und Gegenübertragung. Andere wiederum würden gesellschaftliche und politische Determinanten unbewusster menschlicher Konflikte ins Zentrum ihrer Betrachtung rücken. Uns ist daran gelegen, im Folgenden die Therapeuten für sich selbst und ihre Belange sprechen zu lassen und so den Rahmen ihrer Überzeugungen entlang der genannten Kontroversen abzustecken, selbst wenn dies nicht ihre ursprüngliche Intention gewesen sein sollte. Wir glauben, dass diese »un-analysierten« Kontroversen, die sich wie ein roter Faden durch dieses Buch ziehen, eine Bereicherung darstellen und uns Aufschluss darüber geben, was uns und unsere Kollegen in unseren professionellen (und zuweilen auch persönlichen) Beziehungen antreibt und bewegt.

Danksagungen sind oft Pflichtübungen. Hier nicht. Wir danken jenem Referenten in Lindau, der seinen Hörern ein Dissoziieren ermöglichte, im Rahmen dessen die Idee zu diesem Buch erschien. Wir danken den vielen Kolleginnen und Kollegen, die uns inspiriert haben. Wir danken auch unseren Patientinnen und Patienten, ohne die wir beruflich nichts wären. Und wir hoffen auf Verständnis dafür, dass wir aus sprachlichen Gründen auf Neologismen wie »TherapeutInnen« verzichten; dass mit dem Singular und Plural im Maskulinum an vielen Stellen Frauen und Männer gemeint sind, dient der Lesbarkeit. Dass wir, die Herausgeber, gerade in der Therapie von Borderline-Patienten überwiegend mit Patientinnen arbeiten, sollte Hinweis genug sein, dass wir Frauen und Männer gleichermaßen respektieren – natürlich in Abhängigkeit vom Individuum und nicht vom Geschlecht.

Und wir danken den Mitarbeitern des Schattauer Verlages, ohne die dieses Buch sowieso nie entstanden wäre – insbesondere Wulf Bertram und Danielle Flemming, die dieses Projekt tatkräftig vorangetrieben haben. Wir danken auch Volker Drüke, der die Texte mit Fachkenntnis, Sorgfalt und – so haben wir es erlebt – einer Art Zueignung zu unserem Beruf und den einzelnen Manuskripten bearbeitet hat.

Bei einem doch so persönlichen Buch sollen einige jener Menschen nicht unerwähnt bleiben, die auf ihre ganz persönliche Art unser Leben begleitet haben, während wir über den vielen Manuskripten brüteten: Eva-Maria Biermann-Ratjen; Paulina Kernberg; Christiane Pallasch; Ulrich Sachsse; Susa und Paulina Schumann.

New York und Hamburg, im Winter 2004
Otto F. Kernberg, Birger Dulz und Jochen Eckert

Inhalt

1	Theoretisches	1
1.1	Sigmund Freuds vergebliche Suche Gerhard Roth	3
1.2	Orthodoxie und Schulenstreit in der Psychoanalyse – die Ideologisierung von Freuds befreiendem Gedankengut Martin S. Bergmann	12
1.3	WIR – Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz Ulrike Willutzki, David Orlinsky, Manfred Cierpka, Hansruedi Ambühl, Anton-Rupert Laireiter, Jan Meyerberg und das SPR Collaborative Research Network	26
1.4	Über Kandidaten und Alumni – Fakten und Ansichten zur psychotherapeutischen Ausbildung Rainer Richter	39
1.5	Sublimierung bei Psychotherapeuten Hubert Speidel	54
1.6	Herr und Knecht oder gleichberechtigt nebeneinander? Über das Verhältnis von psychotherapeutischer Profession und Wissenschaft Michael B. Buchholz	68
1.7	Bindung, Bindungsforscher und Psychotherapeuten Anna Buchheim	80
1.8	Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten Christian Reimer	92
1.9	Verachtung, Ekel und Ärger des Therapeuten Rainer Krause	102
1.10	Suizidalität der Psychotherapeuten Thomas Bronisch	116

1.11	Symptome und Einstellungen von Psychotherapeuten _____ Gerd Rudolf	123
1.12	Liebesbeziehungen von Psychotherapeuten _____ Kirsten von Sydow	133
1.13	Sexualität und Psychotherapeuten _____ Hertha Richter-Appelt	145
1.14	Kinder von Psychotherapeuten _____ Franz Resch unter Mitarbeit von Lukas Resch und Leonhard Resch	156
1.15	Psychotherapeuten und ihre Familien _____ Günter Reich	164
1.16	Kleine Therapeuten-Charakterkunde _____ Karl König	173
1.17	Borderline-Struktur und professionelle Helfer _____ Birger Dulz und Nina Knauerhase	181
1.18	Analytiker und Immigrant – behandlungstechnische Fragen in der psychoanalytischen Praxis eines Einwanderers _____ Salman Akhtar	192
1.19	Vorurteile _____ Erdmuthe Fikentscher	211
1.20	Vom Geist der Psychotherapie – Stationen und Impulse im historischen Kontext _____ Dietrich von Engelhardt	222
1.21	Freuds Umgang mit Kollegen _____ Thomas Köhler	235
1.22	Über den kollegialen Umgang von Psychotherapeuten heute. Eine Dokumentation ohne Anspruch auf Repräsentativität _____ Jochen Eckert und Sven Olaf Hoffmann	242

2	Institutionalisiertes	249
2.1	Psychoanalyse – Prinzipien, Anhängerschaft und persönliche Entwicklung Otto F. Kernberg	251
2.2	Psychoanalyse und psychiatrische Institutionen Udo Rauchfleisch	269
2.3	Versuche über Rigiditäten der Therapeuten eigener Schule Jürgen Hardt	274
2.4	Der Psychotherapeut und sein Narzissmus Henner Völkel	285
2.5	Psychotherapeuten und Macht Mathias Lohmer und Corinna Wernz	291
2.6	Über die gleichschwebende Unaufmerksamkeit Friedemann Pfäfflin	303
2.7	Humor – Hoffnung – Hypnose Bernhard Trenkle	307
2.8	Was benötigt eine Verhaltenstherapie zum Gelingen – und ist das noch Verhaltenstherapie? Thomas Schlüter	321
2.9	Über Unehrllichkeit in der Forschung Bernhard Strauß	327
2.10	Psychotherapeut – ein freier Beruf? Harry Askitis	338
2.11	Der Psychotherapeut und das Geld Ulrich Lamparter	346
2.12	Psychotherapie und Medien Michael Radtke	353
2.13	Die Bedeutung des Geschlechts für die Psychotherapie Almuth Sellschopp	360
2.14	Der männliche Psychotherapeut Eva-Maria Biermann-Ratjen	364

2.15	Psychotherapeutinnen _____ Gerd-Christian Kampen	371
2.16	Burn-out in der Psychotherapie _____ Wolfgang Schmidbauer	376
3	Persönliches _____	385
3.1	Mein Therapeut – Ansichten einer Patientin _____ Anna P.	387
3.2	Meine Therapien und mein Leben danach _____ Anna Q.	391
3.3	Meine lieben Patienten _____ Birger Dulz	401
3.4	Meine lieben Freunde. Oder: Wenn (die) Freunde Psychotherapeuten sind _____ Christiane Pallasch	412
3.5	Meine »lieben« Kollegen _____ Horst Kächele	421
3.6	Die theoretische Ausrichtung und der zugrunde liegende Lebensweg _____ Jürgen Kriz	426
3.7	Lebensweg und Therapieschule _____ Jochen Eckert	432
3.8	Abtrünnige, Komplettierer und Optimierer: Was veranlasst Psychotherapeuten, ihrem erlernten Verfahren nicht die Treue zu halten? _____ Eva Jaeggi	438
3.9	Abschied von meiner psychoanalytischen Identität _____ Ulrich Sachsse	444
3.10	Zählen oder Erzählen und andere Identitätskonflikte des Psychotherapeuten _____ Léon Wurmser	460

	Inhalt	
3.11	Sollten nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden? _____	470
	Friedemann Pfäfflin und Horst Kächele	
3.12	Das Privatleben der Psychotherapeuten _____	484
	Eva Jaeggi	
3.13	Sind WIR neidisch? _____	490
	Ulrich Sachsse	
3.14	Psychotherapie in der sozialistischen Diktatur der DDR _____	494
	Michael J. Froese	
3.15	Vom Westen in den Osten – im Exil um den Preis einer Identitätsstörung? _____	507
	Harald J. Freyberger	
3.16	Im Elfenbeinturm. Oder: Folge ich meinen eigenen Ratschlägen? ____	515
	Astrid Keßler	
3.17	Der Kollege als Patient in der ambulanten Psychotherapie _____	522
	Fritz Lichtenberger	
3.18	Der Kollege als Patient in der stationären Psychotherapie _____	530
	Eberhard Wilke	
3.19	Alles nur Show? – Therapeuten auf und hinter der Kongressbühne _____	539
	Hans-Otto Thomashoff	
3.20	Psychoanalyse in internationalen Beziehungen und internationale Beziehungen in der Psychoanalyse _____	545
	Vamk D. Volkan	
3.21	Selbstfürsorge _____	563
	Luise Reddemann	
	Autorenverzeichnis _____	569