

## Einschätzung und Standortbestimmung der Analytischen Intensivberatung

### Zu den Beiträgen von G. RASCHER und H. LIEVERSCHIEDT \*

Die mit den beiden Beiträgen von RASCHER und LIEVERSCHIEDT eröffnete Diskussion um Stand und Entwicklung der Intensivberatung (IB) soll hiermit fortgesetzt werden; allerdings werden meine Anmerkungen auf einer eher dem Einfall zuzuordnenden Ebene denn einer systematischen erfolgen und durchaus nicht alle Punkte berühren, die zu diskutieren sind.

Zunächst möchte ich auf ein offensichtliches Mißverständnis hinweisen. RASCHER spricht sicherlich nicht 99% der behandelnden Psychotherapeuten ab, Einschätzung zu betreiben, wie ihr LIEVERSCHIEDT unterstellt; sie betont lediglich, daß die Einschätzung eines Falles immer auf das 'Danach' abgestellt sein müsse (37), was in der Klinischen Psychologie ihrer Meinung nach überhaupt nicht selbstverständlich sei.

Abgesehen von der Problematik derartiger Generalisierungen sei daran erinnert, was SUNDBERG und TYLER in ihrem Lehrbuch zur Klinischen Psychologie „working image“ oder „decision making“ nennen, und zwar die Notwendigkeit, daß Berater/Therapeuten sich von Anfang an ein Bild vom Patienten machen und ständig überprüfen sollen, um schließ-

lich zu entscheiden, welcher Behandlungsform ein Patient zuzuführen ist.

Gestört hat mich an den Beiträgen, daß im ersten etwas festgeschrieben ist, was die Entwicklungschancen der IB einschränkt, und daß im zweiten der Anspruch der IB relativiert wird, was ebenfalls zu einer Vereinseitigung ihrer Einschätzungsmöglichkeiten führt.

Es überrascht, daß ein psychologisches Behandlungskonzept, das sich für Beratungen 'im großen Stil' bei Institutionen und im Marketingbereich eignet, bei individuellen Problemen an Einschätzungskriterien gebunden ist, die seine Anwendung nahezu verhindern. „Probanden“ (sic), die „sich wie einen Gegenstand ansehen“, bzw. sich als „eine Gestalt im Allesmöglichen eines Hintergrundes abheben“ (RASCHER 40) können, die ihr „letztes Hemd“ geben, um durch Kunst gerettet zu werden (44) sind selten; die meisten Patienten erwarten die Leistung (!) von ihrer Krankenkasse. Die Zahl derjenigen, die „immer schon“ Probleme hatten (46), ist sicherlich größer; viele Ratsuchende haben jedoch aktuelle Schwierigkeiten oder handfeste Symptombildungen; sie kommen zum Psychotherapeuten in der festen Erwartung, davon befreit zu werden. Die Festigkeit eines 'So-und-nicht-anders' und die damit verbundenen Angst- und Schuldgefühle sind bei fast allen Erstkontakten anzutreffen. Diesbezügliche Änderungen, Erweiterung des Handlungsspielraums, sind m.E. gerade das Ziel einer Behandlung. Psychotherapie möchte eine andere Sicht der Dinge ermöglichen, neue Perspektiven eröffnen und ungewohnte Formen des Umgangs mit sich und anderen einüben. Es wird auf die Kunst des Therapeuten ankommen, einen gemeinsamen Prozeß herzustellen, der neue Versionen der Geschichtenbildung zuläßt und das Erproben anderer Handlungsformen ermöglicht.

Dem berühmten 'Ruck' – der meines Wissens von Anna FREUD ins Gespräch gebracht wurde,

\* RASCHER, G. (1990): Einschätzungskriterien in der Intensivberatung. ZWISCHENSCHRITTE 1  
LIEVERSCHIEDT, H. (1990): Wo steht die Intensivberatung? ZWISCHENSCHRITTE 2

Zu diesem Themenkomplex (Intensivberatung, Psychologie und Behandlung in Theorie und Praxis) hat am 21.3.1991 ebenfalls ein Zwischenschritte-Gespräch stattgefunden. Teilnehmer der Diskussionsrunde waren: Dr. H.J. BERK, H. LIEVERSCHIEDT, Dr. C.B. MELCHERS, Dr. G. RASCHER, E. THELEN, E. WOLF (Moderation: W. DOMKE, A. SCHULTE). Aus redaktionellen Gründen war ein Abdruck der Diskussion in der vorliegenden Ausgabe der ZWISCHENSCHRITTE nicht möglich. Das Protokoll des Gesprächs (ca. 20 Seiten) kann jedoch als 'Sonderdruck' gegen eine Schutzgebühr von DM 5,- beim Arbeitskreis Morphologische Psychologie angefordert werden.

um sich nach der Wirkungsweise der IB zu erkundigen – wird ein viel zu hoher Stellenwert eingeräumt. Mir erscheint dieses Modell sehr mechanisch. Auch in der Rede vom Nebenbild, das wie ein 'Springteufel' aus der Gestalt rückt, wird geradezu ein Wirkmechanismus beschworen, der die Verwandlungspotenz des IB-Konzeptes ausmachen soll. Meine Erfahrung ist, daß Veränderungen in einem eher langwierigen und von Zufällen abhängigen Prozeß stattfinden, der sich allerdings – und das ist die These der IB – intensivieren läßt. Auch muß mit Rückschritten und Wiederholungen gerechnet werden; rückläufige Entwicklungen sind nicht zu vermeiden; es kommt darauf an, sie therapeutisch zu nutzen.

In diesem Zusammenhang kommt den Einschätzungskriterien, wie sie von RASCHER ausgeführt werden, aber auch den vier Phasen der Behandlung (Leiden, Methodisch-Werden, Bild/Gegenbild, Bewerkstelligen) ein durchaus hoher Stellenwert zu. Sie stellen ein Entwicklungsmaß dar, das über Stand und Fortschritt einer Therapie sowie die Bewertung von Veränderungen Auskunft gibt.

Die Normen lassen sich in vielfältiger Weise operationalisieren: Wie gut kann jemand beschreiben, Träume erinnern, von Leidensgeschichten abgehen; sind 'freie Einfälle' möglich; ist ein Gespür für Doppelsinniges oder Bildqualitäten entwickelt; kann man mit dem Material spielerisch umgehen, Gefühle aufgreifen, Durchgehendes erkennen; werden andere Bewältigungsformen zugelassen, neue Handlungsweisen erprobt?

RASCHERS Sorge um das Arbeitsmaterial im Falle fehlender Krisenerfahrung (45) kann ich nicht teilen. Auch hier wieder kommt es auf den therapeutischen Prozeß an, etwas 'in Krise' zu bringen, damit neue Sichtweisen deutlich und andere Entscheidungen getroffen werden. Spannungen und Verkehrbarkeiten des Lebens können durchaus in einer Psychotherapie zum ersten Mal er-

fahren werden; gerade darin liegt der Reiz einer psychologischen und nicht zuletzt einer morphologischen Behandlung, denn sie verspricht, sich, die ändern, die Welt, die Seele in einer Weise wahrzunehmen, wie sie üblicherweise nicht von den Medien, der Literatur, der Wissenschaft vermittelt wird.

Um auf die Einschätzungskriterien zurückzukommen, möchte ich hier in aller Deutlichkeit formulieren, daß mir die IB für alle Patienten geeignet erscheint, die in der Lage sind, eine ambulante Therapie aufzusuchen. Von daher schließen sich Krankheitsbilder aus wie akute Psychosen, Alkoholranke, aktuell Suizid-Gefährdete, die anderen Behandlungsformen zugeführt werden müssen. In diesem Kontext ist auf die Kooperation mit Medizinern und heilkundlichen Berufen hinzuweisen; denn immer wieder erweist es sich als notwendig, bei Psychosomaten auf ärztliche Versorgung zu drängen.

Darüber, daß IB erfolgreich in Tageskliniken und Beratungsinstitutionen so wie therapeutischen Formen wie der Musiktherapie angewendet wird, ist an anderer Stelle berichtet worden. Ich wünschte mir mehr derartiger Erfahrungsberichte. Dagegen erscheint mir die Forderung einer „Dokumentation fehlgeschlagener Behandlungen“ (82), wie sie von LIEVERSCHEIDT vorgebracht wird, symptomatisch und sehr gut in den Kontext „richtiger/falscher“ Einschätzung zu passen. In ähnliche Richtung gehen die Überlegungen zur „Verwahrlosungsstruktur“ (83) der IB in freier Praxis und der Vorschlag eines „einheitlichen Praxiskonzeptes“ (85), was immer auch damit gemeint sein mag.

Wie gut weiß man über Gelingen/Mißlingen einer IB, über Erfolge/'Effizienz' von Psychotherapie überhaupt Bescheid? Sicherlich sind Psychosen oder Suizide während oder nach einer Behandlung schwerwiegende und ernstzunehmende Ereignisse; doch wer vermag zu sagen, welchen Anteil daran Therapie oder Behandler

haben; wurde durch den psychologischen Eingriff eine Entwicklung beschleunigt, gar aufgelöst oder nur aufgehalten?

Was wäre ohne Therapie geschehen? Das Denken in übergreifenden Wirkungseinheiten dürfte die Annahme einliniger Kausalitäten verbieten. Handelt es sich um einen 'Fehlschlag', wenn es nach fünf Sitzungen zu einem Abbruch kommt oder nach zwanzig Stunden noch kein 'Abschluß' in Sicht ist? Müssen 'Symptome' beseitigt, Prüfungen bestanden, Menschen geliebt oder Charaktere verändert werden – Fragen und Erwartungen, die es im Laufe einer Therapie zu klären gilt, an denen aber nicht Erfolg oder Mißerfolg jedweden Behandlungsprozesses gemessen werden können.

JUNG hat darauf hingewiesen, daß er aus seinen 'Fehlern' am meisten gelernt habe; FREUD spricht von dem sich selbst korrigierenden Prozeß einer Analyse. Jeder Therapeut muß seine eigenen Erfahrungen und auch seine 'Fehler' machen dürfen, um sich zu entwickeln – und Entwicklungen verlaufen nicht, wie wir alle wissen, ohne Probleme.

Dies ist nicht als Freibrief für eine 'wilde IB' zu verstehen; jeder Psychologe ist gehalten, sein therapeutisches Handwerk lege artis durchzuführen. Allerdings schafft der starre Blick auf Fehler und Mißerfolge ein Klima, in dem man schlecht und ungenügend über Erfahrungen, seien es Entdeckungen, seien es Schwierigkeiten, berichtet.

So erscheint die Diskussion um Einschätzungs- bzw. Erfolgskriterien eingebettet in ein Denkkonzept des 'Versagens'. Salopp ließe sich formulieren: *Geht eine IB daneben, so hat man halt falsch eingeschätzt; bei richtiger Einschätzung hätte man den 'Fall' – wie man sich gerne auszudrücken pflegt – nicht intensiv-beraten dürfen.* Konsequenterweise wird das Schwergewicht forscherscher Bestrebungen auf die Formulierung und Präzisierung von Auswahlkriterien gelegt.

Einschätzung läuft damit Gefahr, die Funktion einer 'Exculpierung' zu übernehmen; überspitzt gesagt, *weder das therapeutische Konzept, noch seine Anwendung sind 'schuld' am Mißlingen einer Behandlung – es liegt an einer falschen Einschätzung.* Wenn es nicht gelingt, aus dem Gedankenkreis von richtig/falsch, Gelingen/Mißlingen herauszukommen, 'versagt' man nicht nur einer großen Anzahl von Patienten die IB, sondern diesem Behandlungskonzept insgesamt Weiterentwicklung und Verbreitung.

Gerade im Erproben einer Konzeption, im Erfahren-Machen, im Entwickeln eigener Umsetzungs- und Umgangsformen liegt der Reiz von Entwicklung; damit sind die Grundlagen für Austausch und Bereicherung innerhalb einer 'Schule' geschaffen. Dagegen steht die starre Orthodoxie, die sich an feste Regeln und Begriffe klammert, eine Geheimsprache herausbildet und alle abweichenden oder fremden Gedankengänge von vornherein ausschließt.

Die IB ist aber auch kein „frisierter Motor“ oder wirklichkeitsfremder Prototyp, auch kein geheimer Schatz und keine 'verabsolutierte' Idee, wie LIEVERSCHIEDT meint. Sie ist ein Behandlungskonzept mit einer Fülle von Methoden und Verfahren sowie eigenen Regeln und Vorschriften.

Um jedoch konkurrenzfähig zu bleiben, muß die IB prinzipiell, nicht zuletzt aus juristischen Überlegungen heraus, für alle Patienten zugänglich sein, bei denen eine ambulante Psychotherapie indiziert ist. Unter stationären Bedingungen kann ihr Konzept in Spezifizierung oder Variation wiederum Anwendung finden. Ein therapeutisches Konzept, das ein Großteil der Verantwortlichkeit in das Vorfeld einer richtigen oder falschen Einschätzung abschiebt, läuft Gefahr, sich im psychotherapeutischen Alltag nicht durchsetzen zu können. ●

Dr. Werner Wagner