

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Micha Hilgers**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2010 · 55:515–524 · DOI 10.1007/s00278-010-0780-5

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

Micha Hilgers

Verelendung psychotherapeutischer Rahmenbedingungen

Rolle von Armut und Reichtum in der therapeutischen Beziehung

Redaktion
 W. Schneider, Rostock
 B. Strauß, Jena

Verelendung psychotherapeutischer Rahmenbedingungen

Rolle von Armut und Reichtum in der therapeutischen Beziehung

Gesellschaftliche Entwicklungen und globale Krisen betreffen Patienten und Psychotherapeuten gleichermaßen. Doch der fachliche Diskurs beschränkt sich in der Regel auf die Betrachtung der Patientenseite, etwa bei den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, Mobbing, Migration, Bildungsdefiziten, Traumatisierungen, Gender-Fragen usw. Tatsächlich jedoch verändern sich die Sozialisations-, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowohl von Patienten als auch von Psychotherapeuten unter dem Einfluss von Turbokapitalismus und globalen Krisen (zur Ökonomisierung von Psychotherapie: Schmelting-Kludas 2008). Die sich öffnende Schere bei Einkommen und Chancengleichheit führt zum Schrumpfen der ehemals breiten Mittelschicht: Immer mehr Menschen geraten in Armut oder sind von ihr bedroht, während eine kleine Oberschicht sich von der Mehrheit abkoppelt. Psychotherapeuten befinden sich dabei keineswegs in der komfortablen Position der Beobachter mit technischer Neutralität. Ausbildungsdauer und -kosten sowie auch die Honorarsituation lassen auch Psychotherapeuten zu den Verlierern werden, deren Verbleib in der Mittelschicht bedroht ist.

Diese Auswirkungen gesellschaftlicher Entwicklungen werden fachintern kaum reflektiert, obwohl sie das Kernstück psychotherapeutischen Handelns, die therapeutische (Übertragungs-)Beziehung, be-

treffen. Die Gründe für das Fehlen dieses Diskurses liegen in den Sozialisations- und Ausbildungsbedingungen der Psychotherapeuten und bedingen unerkannte Gegenübertragungsreaktionen bei armen oder besonders reichen Patienten. Die in der Ausbildung weitgehend tabuisierten Bereiche Macht und Geld üben weitreichenden Einfluss auf das spätere Verhalten von Therapeuten aus (Lohmer u. Wenz 2005). Zudem bereiten die psychotherapeutischen Schulen ihre Kandidaten kaum auf die Bedürfnisse und Indikationen bei verelendenden Bevölkerungsschichten vor: Interventionen, die sich interpretierend oder deutend auf die Primärbeziehungen richten, verbieten sich so lange, wie nicht die realen Lebensumstände des Patienten, seine sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen geklärt sind.

Anders als die Verhaltenstherapie trat die Psychoanalyse mit dem erklärten Anspruch an, nicht nur ein Behandlungsverfahren zu liefern, sondern auch ein kultur- und gesellschaftskritisches Erkenntnismodell zu sein. Humanistische Therapieverfahren versprachen so etwas wie Selbstfindung und persönliches Wachstum, weitgehend ohne die dafür notwendigen sozialpolitischen Voraussetzungen zu reflektieren. Die bisweilen idealisierten Selbstansprüche und impliziten Heilsversprechungen stehen in merkwürdigem Kontrast zur Abwesenheit kritischer Reflexion der eigenen Arbeitsbedingungen: Nahezu bewusstlos ignoriert die eigene Zunft die Auswirkungen ihrer beruflichen Sozialisation auf die therapeutische Beziehung,

das eigene Selbstverständnis und die Ausbildungsverhältnisse (Tschuschke 2004). Die eigenen Arbeitsverhältnisse und ihre Rahmenbedingungen werden wie selbstverständlich akzeptiert.

Unter den sich verändernden Bedingungen von Globalisierung, seit Jahren sinkenden Reallohneinkommen, schwindender Mittelschicht, neuer Armut einerseits und geradezu feudalistischem Reichtum der wenigen Gewinner andererseits vermisst man einen Diskurs über die Behandlung von Armen und Reichen und die fast zwangsläufigen Gegenübertragungen.

Finanzielle Rahmenbedingungen der Ausbildung und ihre Folgen

Bis vor wenigen Jahren mussten sich Kandidaten psychoanalytischer Ausbildung anspruchsvollen Aufnahmeprüfungen unterziehen. Jene, die „bloß“ für die tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung votierten, galten unausgesprochen als Kandidaten zweiter Klasse („Zusatztitler“). Inzwischen werden Bewerber unter dem Einfluss der für die Institute geltenden Marktbedingungen willkommen geheißen. Die späte Einkehr von Respekt ist jedoch nicht tiefen Einsichten, sondern weitgehend den Konkurrenzbedingungen des kapitalistischen Marktes geschuldet. Allerdings werden diese deutlichen Veränderungen in der Beziehung zwischen Instituten und Kandidaten und ihren Rahmenbedingungen kaum reflektiert, was gerade bei Psychotherapeuten verblüfft. Immerhin jedoch begrenzt der

Exkurs: Therapeutische Beziehung – Übertragung und Gegenübertragung

Häufig wird unter Übertragung lediglich inner- sowie außertherapeutisches Verhalten und Erleben verstanden, das z. B. durch neurotische Verzerrungen oder missliche frühkindliche Erfahrungen, also „mismatch“, deutliche Belastungen, Verwahrlosungen oder Übergriffe geprägt ist, die sich im Hier und Jetzt oder Dort und Jetzt wiederholen. Gegenübertragungen sind nach diesem Verständnis ebenfalls unerwünschte, nämlich der Übertragung analoge Verzerrungen aufseiten des Behandlers, die sozusagen einer „wahren“ Sicht von Verhältnissen und therapeutischer Beziehung entgegenstehen. Diese Auffassung entbehrt jedoch wissenschaftstheoretischen Grundlagen und verkennt die relationale Dimension der therapeutischen Beziehung: Innerhalb einer (Einzel-)Therapie konstruieren zwei Personen eine interpersonale Wirklichkeit oder interpersonale Wahrheit (Altmeyer u. Thomä 2006; Hilgers 2006). Übertragungs- oder Gegenübertragungspänomene haben dabei im gelingenden Fall zwei Funktionen:

Erstens führen die Verstrickungen, Missverständnisse und eventuell auch regressiven Phänomene zu einem besseren Verständnis der Probleme innerhalb der therapeutischen Beziehung: Therapeut und Patient kommen besser miteinander zurecht. In einem zweiten Schritt können sie im günstigen Fall Parallelen zu außertherapeutischen Konflikten erkennen, die dann, ebenso wie jene Konflikte in der therapeutischen Beziehung, zu besseren Lösungsansätzen führen.

Zweitens kann die Erfahrung, wie man mit Konflikten, Missverständnissen und Verzerrungen (auf beiden Seiten!) ringt, dazu beitragen, dieses Konfliktlösungsmodell – unabhängig von den konkreten Inhalten – auf intra- und interpersonelle Schwierigkeiten schlechthin anzuwenden.

Mithin geht es immer um zwei Personen, die um eine interpersonale Wahrheit ringen und von denen keiner die Wahrheit für sich gepachtet hat. Ebenso wenig sind Übertragungs- oder Gegenübertragungspänomene immer auf frühkindliche Beziehungserfahrungen beschränkt: Reale Umstände der Gegenwart wie Auswirkungen von Sozial- und Gesundheitspolitik, Wohn- und Arbeitsverhältnissen fließen ebenso oder u. U. viel prägender in die therapeutische Beziehung ein wie Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen. Bevor man also irgendwelche primären Beziehungsmuster deutet, hat man sich unbedingt den realen Lebensumständen des Patienten, den daraus resultierenden Konflikten und v. a. auch jenen, die dann die therapeutische Beziehung betreffen, zu widmen. *Cave:* Jede Deutung kommt einem Übergriff gleich, wenn sie vorschnell reale und gegenwärtige Lebensumstände übergeht und sich lediglich vorgeblich frühkindlichen Mustern widmet. In diesem Sinn sind die nachfolgenden Überlegungen zu Übertragung und Gegenübertragung oder kurz, der therapeutischen Beziehung, zu verstehen.

wachsende Konkurrenzdruck der miteinander rivalisierenden Ausbildungsinstitute narzisstisches Kastendenken, da die Kurse je nach Therapierichtung deutlich in den aufzubringenden Kosten differieren: Die Gesetze des kapitalistischen Marktes diktieren selbstverständlich auch die Psychotherapieausbildungen – bloß, dass dies bisher nicht Teil des fachlichen Diskurses ist.

Bei Psychologiestudenten, der größten Gruppe unter den Ausbildungskandidaten, wandelt sich das anfängliche Interesse an psychodynamischen Verfahren im Laufe des Studiums in eine Präferenz für Verhaltenstherapie, Folge der selektiven Beeinflussung durch einseitige Darstellung von Verhaltenstherapie (Strauß u. Kohl 2009). Man könnte sich zwar fragen, ob nicht der große Zulauf bei verhaltenstherapeutischen Instituten u. a. der Tatsache geschuldet ist, dass die Ausbildung im Vergleich zu tiefenpsychologisch-analytischen deutlich kosten- und zeitgünstiger ausfällt. Eichenberg et al. (2007) sehen bei Studierenden psychodynamischer Verfahren kaum sozioökonomische Motive, wohl aber bei den verhaltenstherapeutisch orientierten Studierenden. Insgesamt scheinen aber betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte relativ wenig Einfluss auf die Verfahrenswahl zu haben, was den Eindruck einer gewissen markt- oder weltfremden Einstellung von (angehenden) Psychotherapeuten unterstreicht.

Der psychodynamische Zwilling zu solch weltabgewandter Haltung dürfte ein hohes Maß an Idealismus sein, der – wenn unreflektiert – das eigene Handeln und Fühlen maßgeblich, doch nicht unbedingt günstig beeinflusst.

Sowohl unter Marktgesichtspunkten des Kosten-Nutzen-Denkens als auch hinsichtlich des therapeutischen Outcomes könnte man sich die Ausbildung reiner Gruppentherapeuten vorstellen, da Langzeit- und Kurzzeitgruppen mindestens gleich wirksam sind wie einzeltherapeutische Verfahren (Tschuschke 2003; Tschuschke 2010). Wirklich verblüffend ist, wie sehr sich Psychotherapeuten außerhalb des gesellschaftspolitischen Kontextes wähnen, sobald es um sie selbst, ihre Arbeit und Berufssozialisation geht. Dies bleibt nicht ohne gravierende Folgen auf die therapeutischen Beziehungen, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

Infantilisierende Ausbildungsbedingungen und ihre Folgen für die Übertragungsbeziehung

Die infantilisierenden Abhängigkeitsverhältnisse besonders der psychoanalytischen Ausbildung wurden an prominenter Stelle kaum je von den Jungen, also den Kandidaten oder frischen Absolventen der Institute kritisiert, sondern zumeist aus der sprichwörtlichen Groß-

vaterperspektive¹ (z. B. 1987 vom bereits emeritierten Johannes Cremerius). In satirischer Form empfahl Kernberg (1998) – damals auch nicht mehr ganz jung – zahlreiche Methoden, die Kreativität und Autonomie von psychoanalytischen Ausbildungskandidaten zu beschneiden. Offenbar erreicht man nach Abschluss einer psychoanalytischen Ausbildung erst nach vielen Jahren jene Autonomie – falls überhaupt –, die es erlaubt, die eigene Berufssozialisation kritisch zu hinterfragen. Das überrascht auch nicht, wenn man das empörte Echo bedenkt, dass diese beiden sehr prominenten Kritiker durch ihre Beiträge auslösten: Es bedarf eines gehörigen „standings“, um sich kritisch mit der eigenen Zunft, ihren Ritualen und Tabus öffentlich zu befassen. Die enorme Bedeutung des Forschungsgutachtens von Strauß et al. (Strauß 2009) liegt in der erstmaligen systematischen Befragung von Kandidaten, Absolventen und Ausbildungsleitern über die Psychotherapieausbildung.

Die zweifellos wirkungsvollste Etablierung von Abhängigkeitsbeziehungen sind Rahmenbedingungen, die zur Enteignung monetärer und zeitlicher Autonomie führen. Interessanterweise wird diesem finanziellen Faktor von den vorgenannten Autoren zwar Beachtung geschenkt,

¹ Der Autor ist der begründeten Hoffnung, hiervon selbst noch nicht betroffen zu sein.

seine weitreichende Bedeutung jedoch kaum gewichtet. Die stets fortschreitende Hypertrophie des Anforderungskatalogs von Weiterbildungsrichtlinien sowohl der Institute als auch der Kammern hat eine Reihe von wenig reflektierten Konsequenzen:

a) Neben der oft beschriebenen intellektuell-emotionalen Abhängigkeit gegenüber Institut, Ausbildern und Kammern geraten die Kandidaten in eine finanzielle Dependenz, die sie auch nach Abschluss der Ausbildung kaum hinter sich zu lassen imstande sind: Nicht nur die oft hohe Verschuldung oder bis dato geringe Altersversorgung bindet Ressourcen. Die umfassenden Abhängigkeitsverhältnisse werden zudem häufig via Identifikation mit dem Aggressor internalisiert – ängstlich-kritiklose Überidentifikation mit den Verhältnissen ist die häufige Folge, die sich in der weitgehenden Abwesenheit kritischer Beiträge zur Ausbildungssituation zeigt.

b) Unbemerkt spielt sich zwischen Ausbildern und Kandidaten ein ödipales Drama ab – ebenfalls nicht ohne Folgen für die Patientenversorgung: Weil die Curricula und die Voraussetzungen zur Prüfung ständig ausgeweitet werden, sind die Kandidaten am Ende formal deutlich höher qualifiziert als ihre Ausbilder. Während für die Kandidaten der Weg in die Autonomie immer länger und beschwerlicher wird, sie also ihre Ausbilder deshalb fürchten und hassen müssen, müssen diese ihren Nachwuchs und seine Rache fürchten. Starre, Unbeweglichkeit und Ängstlichkeit verhindern bisher den offenen ausgetragenen Generationenkonflikt (Hilgers 2007). Mithin haben Psychotherapeuten einen durch ihre Berufssozialisation bedingten Machtkomplex, der sie in der unbefangenen Thematisierung von Macht- und damit verbundenen Geldfragen gegenüber ihren Patienten behindert².

² Theorien zur Macht unterlagen kaum der psychoanalytischen Reflexion, vielleicht auch, weil Freud der Auffassung war, diese gehörten nicht zur Domäne der Psychoanalyse. Allerdings durchziehen die Geschichte der Psychoanalyse und der Psychotherapie ständige Machtkonflikte ihrer Anhänger mit Schismen, Ausschlüssen und entsprechenden Machtkämpfen (Person 2000; Portele u. Roessler 1994).

c) Mangelnde Selbstreflexion der Folgen jahrelanger finanzieller Engpässe führt zu einem blinden Fleck bei der Arbeit mit Patienten: Die Erhebung umfassender Sozialanamnesen über Wohn-, Arbeits- und finanzielle Verhältnisse wird häufig versäumt. Fragt man in Supervisionen detailliert nach, reagieren die Supervisanden häufig leicht irritiert, so als ob man sich nach psychodynamisch Unwesentlichem oder von der Sache Wegführendem erkundigen würde: Die Vernachlässigung eigener Vermögens- und Altersplanung korrespondiert mit der Ignoranz realer Lebensumstände des Patienten.

d) Gegenübertragungen angesichts besonders wohlhabender oder sehr reicher Patienten einerseits oder andererseits Angehöriger des Prekariats werden wenig erkannt. Ihre Auswirkungen sind daher umso gravierender.

e) Psychotherapeuten tun sich infolge ihres ausbildungsbedingten, unreflektierten „Geldkomplexes“ schwer, angemessene Honorarforderungen zu stellen und v. a. auch durchzusetzen: Rechnungen werden schamhaft per Post versandt, statt sie als Ausdruck der Wechselseitigkeit der Beziehung persönlich zu überreichen, Säumnigkeiten nicht angesprochen. Mit Mahnungen wird oft über Gebühr (und ohne eine solche) gewartet, der Gang zum Rechtsanwalt gemieden.

f) Angesichts von Stundensätzen zwischen EUR 80 (bei gesetzlichen Kassen) und EUR 90 bei privaten kann von einer angemessenen Honorierung im Verhältnis zu der lang dauernden und kostenintensiven Ausbildung keine Rede sein. Arbeitsüberlastung, mangelnder Freizeitausgleich und scheiternde Liebes- oder Familienbeziehungen sowie das bei Angehörigen psychosozialer Berufe besonders verbreitete Burn-out sind häufige Folgen. Da ein Alleinverdiener mit den genannten Sätzen eine Familie kaum noch ernähren kann, bestimmen auch hier die realen Umstände maßgeblich über persönliches Leiden (und nicht etwa primär besonderer Neurotizismus der Psychotherapeuten; dieser ist eher in der stummen Leidensbereitschaft zu suchen, mit denen die Umstände hingenommen werden).

Doch dass die finanzielle Berufsperspektive, die ab einem gewissen Grad der Verelendung auch eine gesundheitliche

Psychotherapeut 2010 · 55:515–524
DOI 10.1007/s00278-010-0780-5
© Springer-Verlag 2010

Micha Hilgers

Verelendung psychotherapeutischer Rahmenbedingungen. Rolle von Armut und Reichtum in der therapeutischen Beziehung

Zusammenfassung

Abhängigkeitsverhältnisse in der Psychotherapeutenausbildung, ihre hohen Kosten sowie die Tabuisierung von Geld und Macht verhindern, dass Psychotherapeuten angemessen mit ihrer Gegenübertragung bei besonders reichen und mächtigen sowie umgekehrt armen Patienten umgehen. Typische Gegenübertragungen und die mit ihnen verbundenen Verstrickungen werden diskutiert. Psychotherapie findet nicht außerhalb der gesellschaftlichen sozialen Entwicklung statt, noch kann sie deren Folgen, besonders für arme, schlecht gebildete, desintegrierte Patienten, kompensieren: Psychotherapie ist kein Ersatz für gescheiterte Sozial-, Familien-, Migrations- oder Bildungspolitik.

Schlüsselwörter

Gegenübertragung · Ausbildungskosten · Honorare · Prekariat · Oberschicht

Impoverishment of the psychotherapeutic setting. Role of poverty and wealth in the therapeutic relationship

Abstract

Relationships of dependence in psychotherapeutic training, its high training costs and the taboo against discussing money and power, result in therapists being unable to adequately deal with their counter-transference with the particularly rich and powerful and vice versa with poor patients. In this article characteristic types of counter-transference and its associated entanglements are discussed. Psychotherapy does not take place beyond social developments nor is it able to compensate for their consequences especially in poor, badly educated and disintegrated patients. The author states that psychotherapy cannot be a substitute for a failed social, family, migration or educational policy.

Keywords

Counter-transference · Training costs · Fees · Precariat · Upper class

ist, kaum thematisiert wird, die monetären und machtpolitischen Aspekte der Ausbildung immer noch weitgehend tabuisiert sind und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des (Ausbildungs-)Marktes weitgehend unberücksichtigt bleiben, hat sehr konkrete Hintergründe, die sich bei Betrachtung der Berufsausbildung eröffnen.

Die Kalkulation einer Ausbildung findet unter realistischen betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht statt. Grund genug, dies hier zu versuchen.

Kosten einer Psychotherapieausbildung^a

Bei den nachfolgenden Überlegung verdient zunächst Beachtung, dass Lehranalytiker, Trainer und Supervisoren von ihren Kandidaten Honorarsätze verlangen, die jene der kassenfinanzierten Psychotherapie oft deutlich überschreiten³. Infolge des offensichtlich bestehenden Interessenkonflikts können Kandidaten von ihren Ausbildern kaum jene Unabhängigkeit erwarten, die erforderlich wäre, um gemeinsam über ihre Berufs- und Finanzperspektive nachzudenken. Doch in Selbsterfahrung oder Lehranalyse müsste man – getreu der Lehre von Fenichel (1935), von der Oberfläche in die Tiefe, von der Abwehr zum Inhalt – als Allererstes die der Ausbildung zugrunde liegenden enormen Kosten und Belastungen ansprechen, die der Kandidat allenfalls als späterer Ausbilder wieder etwas kompensieren könnte: Ob Verhaltenstherapeut, systemischer Familientherapeut, Tiefenpsychologe oder Analytiker⁴, der Kandidat ist mit Fragen zu sei-

ner weiteren wirtschaftlichen Existenz zu konfrontieren.

Die Kosten der Ausbildung differieren je nach Ort, Institution und Verfahren beträchtlich; nach Strauß u. Kohl (2009, S. 417) belaufen sich die Gesamtkosten lediglich auf EUR 20.000 bis 30.000. In der Regel sind Psychotherapeuten nicht als besonders versierte betriebswirtschaftlich denkende Unternehmer bekannt. Deshalb liefere ich exemplarisch, aber nicht repräsentativ ein Beispiel für explizite und versteckte Kosten einer Ausbildungsteilnehmerin eines Kölner Lehrinstituts in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie.

Explizite Kosten bei fünfjähriger berufsbegleitender Ausbildung:

- Semestergebühren je Jahr: EUR 1200•5=EUR 6000,
- Supervision 150 Pflichtstunden•EUR 80=EUR 12.000,
- 60 Stunden Einzelselbsterfahrung•EUR 80=EUR 4800 und
- 60 Stunden Gruppenselbsterfahrung =EUR 1000.

Es entstehen Nettokosten von EUR 23.800. Doch mehr als die Hälfte der Psychotherapieabsolventen können ihre Ausbildung nicht im vorgesehenen Zeitrahmen abschließen (Glaesmer 2009, S. 441), wodurch u. a. zusätzliche Semestergebühren anfallen. „Verlängerte Ausbildungszeiten waren v. a. auf Finanzierungsschwierigkeiten (26,5% [sic!]), andere berufliche Verpflichtungen (22,8% [die sich vermutlich aus der Notwendigkeit von Zuverdiensten ergeben, M.H.]) sowie Schwangerschaften und Kinderbetreuungen (12,5%) zurückzuführen“ (Glaesmer 2009, S. 441; Sonntag et al. 2009, S. 431). Vor allem aber schlagen die Kosten für die praktische Tätigkeit zu Buche, die bei mehr als einem Drittel (36,8%) überhaupt nicht vergütet und bei weiteren 25% mit bis zu EUR 500 (10,4%) oder bis zu EUR 1000 brutto entlohnt werden. Von den Kinder- und Jugendlichentherapeuten (KJP) erhalten sogar 62% keinerlei Vergütung (Glaesmer 2009, S. 442): Psychotherapeuten in praktischer Tätigkeit liegen damit mehrheitlich unterhalb der vom Statistischen Bundesamt festgesetzten Armutsgrenze von einem Nettoeinkommen von EUR 973. Durch die mangelhafte Vergütung der praktischen Tätig-

keit entstehen „unserer“ Kandidatin Verdienstaufschlagkosten zwischen EUR 12.500 und 27.500 brutto, die den Ausbildungskosten hinzuzurechnen sind. Hinzu kommen Fahrt- und eventuelle Übernachtungskosten bei ortsfernen Arbeitsstellen oder Weiterbildungsangeboten (etwa Gruppenselbsterfahrung in Altaussee). Somit entsteht der Ausbildungsteilnehmerin ein gemittelt Defizit von mindestens EUR 43.000 zuzüglich Nebenkosten.

Kaum je werden diese und weitere implizite, versteckte Kosten mit in die Kalkulation aufgenommen, also auch die Verzinsung durch entweder Aufnahme von Darlehen zur Finanzierung der Ausbildung oder die potenzielle Verzinsung des nichteingehommen Einkommens. Außerdem reduzieren viele Ausbildungsteilnehmer ihre Arbeitszeit, um möglichst innerhalb der angestrebten fünfjährigen berufsbegleitenden Ausbildung zum Abschluss zu kommen, wodurch weitere Ausfälle entstehen. Mithin kann man von tatsächlich entstehenden gemittelten Kosten in Höhe von mindestens EUR 50.000 für eine Psychotherapieausbildung ausgehen, die bei KJP noch deutlich höher ausfallen können, weil der Prozentsatz nicht oder gegenüber psychologischen Psychotherapeuten (PP) schlechter vergüteter praktischer Tätigkeit erheblich größer ausfällt.

Neben diesen materiellen, meist nicht offen kalkulierten Aufwendungen verdienen jedoch auch jene Erwähnung, die Familien- und Lebensplanung betreffen, namentlich die Kinderfeindlichkeit der Ausbildung, die v. a. Frauen und Mütter trifft. Nicht zufällig wünschen sich viele Kandidaten die Möglichkeit einer ausgerechnet neunmonatigen Pausenzeit (Sonntag et al. 2009, S. 434). Die Verschiebung von Elternzeiten in das höhere Erwachsenenalter bedeutet jedoch zugleich auch eine deutliche Belastung der Altersversorgung und/oder Verlängerung der Lebensarbeitszeit.

Ungefähr im Alter von 35 Jahren – oft jedoch erst bedeutend später – beginnen Psychotherapeuten erstmals Geld zu verdienen, das nicht von der Hand in den Mund direkt in die Ausbildung fließt. Bei EUR 80 je 50 Minuten bewilligter und EUR 60 für probatorische Sitzungen,

^a Dipl. Psych. Sandra Schilles in pers. Mitteilungen

³ Es gibt Institute, die die Stundensätze ihrer Ausbilder entweder durch eine untere und obere Grenze regeln, die Sätze festschreiben oder diese direkt an die Ausbilder zahlen, sodass peinliche Verhandlungen für die Kandidaten entfallen.

⁴ Noch ärger die Aussichten von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Im Gegensatz zum Kollegen für Erwachsene sind sie auf Nachmittage oder frühe Abendstunden verwiesen, weil die Patienten in aller Regel zur Schule gehen (sollten). Im Zweifel ist das mit noch weniger Umsatz bei mehr Anstrengung und familiärer Belastung verbunden.

Dokumentations- und Zertifizierungspflichten, Berichten an die Kassen, kollegialer oder geleiteter (kostenpflichtiger) Supervision, Verwaltung, Abrechnung und Lohnkosten für Reinigung, Büro und Steuerberatung, dürften deutlich weniger als EUR 60 zu versteuernder Stundenlohn verbleiben. Mit einem Jahreseinkommen von deutlich unter EUR 40.000 (<http://www.dgvt.de/aktuell> vom 14.08.2009) macht man sich an die Amortisation der Ausbildungskosten. Geradezu lachhafte Honorierungen stehen hohen Berufsidealen und einer ambitionierten Ethik diametral entgegen. Mit zunehmendem Alter, das der ausgebildete Psychotherapeut alsbald erreicht, wächst die Notwendigkeit von Regenerationszeiten und krankheitsbedingten Ausfällen. Es wundert nicht, dass Therapeuten weniger Urlaub machen, über Belastung und Burn-out klagen. Zudem sehen sie Altersarmut entgegen, da bei geringem Gewinn und fast das halbe Leben begleitender Ausbildung kaum ausreichend in Rentenkassen oder Alternativversorgungen eingezahlt werden kann.

Finanzielle Rahmenbedingungen und die relationale Perspektive der Psychotherapie

Wenn man so will, war der britische Psychoanalytiker und Vertreter der sog. Mittelschule der Objektbeziehungstheorie, Donald Winnicott (1947), der Begründer des aktuellen relationalen Ansatzes der Psychoanalyse. Einfacher formuliert: Es gibt kein Baby an und für sich, noch eine Mutter an sich. Beide setzen sich gegenseitig voraus; sie existieren nur in der Beziehung zueinander. Die interaktionelle oder relationale Sichtweise von Psychotherapie (Altmeyer u. Thomä 2006) betrachtet eine therapeutische Beziehung unter Berücksichtigung oder Miteinbeziehung des Systems, innerhalb dessen der Patient lebt und gemeinsam mit seinem Behandler eine therapeutische Beziehung unterhält. Für den Psychotherapeuten gilt diese Betrachtungsweise selbstverständlich gleichermaßen.

Unter Berücksichtigung der vorgestellten Überlegungen trifft demnach ein Patient mit maladaptiven Anpassungs- oder Konfliktschemata auf einen Therapeuten

mit maladaptivem Finanzgebahren: Einen durch Armut häufig bedrohten Patienten erwarten Profis, die mit nicht-geringer Wahrscheinlichkeit (noch) ärmer sind als ihre Patienten, es aber nicht wissen wollen. Wegen des bei oberflächlicher Betrachtung deutlich höheren Bruttostundensatzes des Therapeuten scheint jedoch ein deutliches Einkommensgefälle zugunsten des Behandlers zu bestehen. Mehr oder weniger unbewusst einigt sich das Patient-Therapeut-Paar auf eine psychische und finanzielle Überlegenheit des Behandlers gegenüber dem Patienten. Richtig hingegen wäre, wenn sich Patient und Therapeut darauf verständigten, dass beide Kriterien auf sie gleichermaßen zuträfen: Sie sind beide arm, und sie haben beide ein psychisches Problem, das zumeist mit Armut korreliert. Im Unterschied zu seinem Patienten täuscht sich der Therapeut jedoch über seine finanzielle Lage und seine damit verbundenen langfristigen Perspektiven hinweg.

Bei durchschnittlich zu erwartenden Voraussetzungen (also keinem durch Ehe oder Erbschaft wohlhabenden Behandler), ergeben sich die folgenden drei möglichen Beziehungskonstellationen:

1. Der Patient ist reicher als sein Therapeut, mindestens Letzterer realisiert diese Situation jedoch nicht (verzerrte Gegenübertragung).

2. Der Patient ist gleich arm oder noch ärmer als der Behandler, man einigt sich aber unbewusst auf einen armen Patienten und einen deutlich besser gestellten Behandler („folie à deux“).

3. Es bestehen unübersehbare Einkommensunterschiede zwischen Patient und Behandler mit entweder

a) einem mehr oder weniger völlig mittellosen Patienten, demgegenüber sich der Behandler in komfortablem Wohlstand erleben darf (idealisierende Übertragung bei gleichzeitiger narzisstischer Bestätigung in der Gegenübertragung) oder

b) einem reichen und meist mächtigen Patienten (Cremerius 1984; idealisierende oder neidische, evtl. missgünstige Gegenübertragung, demgegenüber Mitleidsreaktionen, Verachtung, Parentifizierung in der Übertragung).

Die Offenlegung der finanziellen Verhältnisse würde in den meisten Fällen auf

beiden Seiten zu Scham-Schuld-Reaktionen führen:

1. Der Patient schämt sich für seinen bedürftigen Therapeuten, und dieser wiederum schämt sich vor seinem Patienten.

2. Umgekehrt schämt sich der Therapeut identifikatorisch für und anstelle eines Mitglieds des Prekariats. Außerdem erlebt er u. U. Schuldgefühle als Repräsentant einer Gesellschaft, die Verhältnisse zulässt, die Menschen in absolute Armut stürzen.

3. In beiden Fällen bedrohen Neidgefühle oder Missgunst die therapeutische Beziehung.

Übertragungsbeziehung und Realität bei deutlich reicheren Patienten

In aller Regel „einigen“ sich Patient und Therapeut auf eine die Initialübertragung fördernde soziale Konvention, die jedoch im Verlauf der Behandlung zu anhaltenden Idealisierungen führen kann: Der Ältere/Stärkere/Mächtigere hilft dem Jüngeren/Schwächeren/Machtlosen (Radebold 1992 spricht von umgekehrter Übertragung). Diese milde Anfangsidealisierung unterdrückt aufseiten des Patienten vorzeitige Verachtung/Geringschätzung. Empfindet der Patient zudem Mitleid und schon daher seinen Therapeuten, handelt es sich um eine Parentifizierung. Zumeist werden Therapeuten aufkommende Neidgefühle und den Wunsch, vom Wohlstand des Patienten zu profitieren, leugnen – eine Abwehr von entweder Kastrationswünschen im Fall von Missgunst oder Übergriffen bei Bereicherungsbestrebungen.

Diese Überlegungen sind von erheblicher praktischer Bedeutung: Unbewusst werden Patienten vermeiden, z. B. ihren Ärger über Korrosionsschäden an ihrer neuen Segeljacht zu äußern, bestimmte Lebensbereiche herunterspielen und eher Gleichheit mit den Verhältnissen des Therapeuten betonen⁵. Umgekehrt werden sich diese weniger nach aufwendigen Urlauben, Einrichtungen oder Gegenständen erkundigen – oder falls doch, dann

⁵ Lediglich narzisstische oder histrionische Patienten gehen mit ihrem Wohlstand exhibitionistisch um und genießen evtl. die Unterlegenheit ihres Behandlers.

eher mit Entwertungstendenzen: Häufig trifft der Lebensstil reicher Patienten in Supervisionen auf anscheinend fachlich begründete Kritik, etwa, dass innere Leere durch Konsum und Luxus abgewehrt wird. Das mag durchaus so sein, als Supervisor meine ich dabei jedoch gelegentlich eine gewisse Erleichterung der Kollegen zu verspüren, die natürlich ausbliebe, würde man unterstellen, dass der Patient und seine Angehörigen ihren Wohlstand in vollen Zügen genießen.

Ist aber die finanzielle Überlegenheit des Patienten nicht zu leugnen, können sich Therapeuten in diverse Abwehrmanöver flüchten:

a) z. B. in Saure-Trauben-Reaktionen nach dem Motto, „reich, aber unglücklich möchte ich nicht sein“ oder

b) in masochistische Selbstüberhöhungen, etwa „Bescheidenheit ist eine Tugend“.

c) Reichtum kann als soziale Ungerechtigkeit entwertet werden, wodurch latente Feindseligkeit gegenüber dem Patienten entsteht.

d) Die vorgenannten Abwehroperationen verdecken das sozial besonders unerwünschte Gefühl des Neids⁶.

e) In den meisten Fällen hat der Behandler mit Schamgefühlen angesichts der sozialen Vergleichssituation zu kämpfen, die er sich häufig nicht eingesteht und durch Entwertung des Patienten oder Idealisierung der eigenen Person, der eigenen Wertmaßstäbe oder Lage ins Gegenteil verkehrt.

f) Förderlich hingegen wäre milde Rivalität seitens des Patienten, die allerdings eine realistische soziale Vergleichssituation voraussetzt, sodass sich der Behandler nicht bedroht fühlt und daher Konkurrenz zulassen kann.

g) Schließlich könnte ein Therapeut auch ein den meisten Behandlungszielen förderliches Modell anbieten, indem er repräsentiert, wie man mit misslichen, suboptimalen oder in Teilen unterlegenen Lebenslagen umgeht und diese mit Gelassenheit, Humor oder Wohlwollen erträgt.

⁶ Positiver Neid drückt den Wunsch aus anzustreben, was ein anderer hat oder ist. Negativer Neid, nämlich Missgunst, möchte zerstören, was eine Person hat oder ist, weil es für einen selbst unerreichbar erscheint (umfassend: Haubl 2009).

Das allerdings setzt eine nur mäßige finanzielle oder Machtüberlegenheit des Patienten voraus.

Fallbeispiel

Während meiner Ausbildung zum Psychoanalytiker suchte mich ein stadtbekannter Baulöwe auf, der einen – mir zunächst nichtbekannten – zweifelhaften Ruf genoss. Von Anfang an stellte sich eine anhaltende umgekehrte Übertragung (Radebold 1992) ein: Der Patient war deutlich älter als ich und verfügte über ein beträchtliches Vermögen, das mir angesichts meiner alle Gelder verschlingenden Ausbildung als geradezu paradiesisch erschien. Unter den Ausbildungskandidaten war das Thema Geld weitgehend Tabu und seine Thematisierung gegenüber den Lehranalytikern ein Sakrileg. Recht bald verzögerten sich die Überweisungen des privat versicherten Patienten. Darauf angesprochen winkte er müde ab und erschien nun regelmäßig – je nach Rechnungsbetrag – mit einem 500- oder 1000-Mark-Schein. Ich war jeweils völlig überfordert, größere Geldbeträge herauszugeben, oder besaß nicht ausreichend Wechselgeld (was mir wie ein weiterer Beleg meiner prekären Finanzsituation vorkam). Mein Patient reagierte „großzügig“ mit den Worten, „ach, stimmt so“ oder, wenn es um größere Summen ging, ich könne das ja schon mal behalten.

Mein Supervisor riet mir, auf einer Barzahlung mit abgezähltem Geld zu bestehen – nicht jedoch die mehr oder weniger offene Entwertung anzusprechen. Wenn ich den Patienten zur nahe gelegenen Bank schickte, damit er passendes Geld beschaffte, ließ er mich fühlen, wie verächtlich er mein diesbezügliches Verhalten einschätzte. Noch kleinkrämerischer kam ich mir vor (sozusagen in den Augen des Patienten und mit diesem identifiziert), wenn ich auf Heller und Pfennig herauszugeben trachtete oder auf genau auf den Pfennig abgezähltem Geld bestand. Ich erntete mitleidiges Lächeln oder joviale Angebote großzügigen Sponsorentums. Formal wies ich diese Bestechungsversuche zurück, inhaltlich gelang mir aber keine Thematisierung der Entwertungen meiner Person, der Etablierung von Machtverhältnissen und der

Demonstration von Reichtum gegenüber meiner für mich beschämenden Bedürftigkeit. Es gelang mir nicht, mir meine beschämenden Kleinheitsgefühle einzugestehen und den Neid auf den reichen Patienten angesichts meiner eigenen prekären Lage zu realisieren. Wegen des Fehlens aggressiver Bestrebungen in der Gegenübertragung (aus Furcht vor Neid, Scham, Feindseligkeit) standen mir Konfrontation, Nachfragen und Klarifikation nicht zur Verfügung, besonders als sich gleichzeitig destruktive Auseinandersetzungen mit der Lebensgefährtin des Patienten ankündigten. Andeutungen des Patienten auf geschäftliche Schwierigkeiten ignorierte ich. Weil ich die Demütigungen und Korrumpierungsversuche in der therapeutischen Beziehung nicht realisierte und daher auch nicht ansprach, übersah ich parallele Verhaltensweisen in den außertherapeutischen Beziehungen. Namentlich in der Partnerschaft kam es zu erheblichen, auch gewalttätigen Auseinandersetzungen. Viel zu spät wurde mir betrügerisches Geschäftsgebahren klar, weswegen der Patient schließlich aufflog. Am Ende flüchteten sich Patient und Partnerin ins Ausland, um ihren Gläubigern zu entkommen, und traten Scientology bei.

Die Behandlung scheiterte, weil ich

a) meine mir unakzeptabel erscheinenden Gegenübertragungen leugnete: Meine Scham über meine mir im Vergleich zu dem Patienten armselig erscheinende Lage verhinderte das Eingeständnis von Neid und Ärger;

b) daher nicht über aggressive Konfrontationsstrategien verfügte;

c) die innertherapeutische entwertend-aggressive Beziehungsgestaltung des Patienten nicht angemessen realisierte und v. a. thematisierte;

d) demzufolge parallele destruktive außertherapeutische Entwicklungen übersah oder in ihrer Schwere nicht erkannte.

Ich bezahlte diese Fehler mit einer scheiternden Behandlung und einem Verlust von 1500 Mark plus Anwaltskosten.

Im Allgemeinen dürfte die psychotherapeutische Behandlung eines Topmanagers oder seiner Angehörigen, die über Jahreseinkommen von über 1 Mio. EUR oder deutlich mehr verfügen, von

vornherein auf große Schwierigkeiten stoßen, wenn der Behandler nicht ebenfalls über Vermögen verfügt.

Erstens sind die Einkommensunterschiede zwischen Behandler und Patient so gravierend, dass beide – Patient und Behandler – vor nahezu unauflösbaren Problemen stehen, die die Aufnahme eines intimen Vertrauensverhältnisses – Grundlage gelingender Psychotherapie – erheblich erschweren oder unmöglich machen: Der Patient fürchtet zu Recht Neid und Missgunst des Therapeuten, ebenso wie Verurteilungen angesichts gesellschaftlicher Umverteilungsprozesse und Ungerechtigkeiten (vgl. zum Neid der Psychotherapeuten den ironischen Aufsatz von Sachsse 2005). Der Behandler ist zudem mit Moralismen beschäftigt, die die Aufnahme einer sachbezogenen Behandlung behindern. Der Verlust der technischen Neutralität droht besonders dann, wenn sehr unterschiedliche Werthaltungen aufeinandertreffen oder negative Gegenübertragungen bestimmend werden. Technische Neutralität ist außerdem durch soziale Instabilität und gesellschaftliche Umbrüche infrage gestellt (Kernberg 2000, S. 203 f., Kernberg 2004, S. 98 f.), die man in der Bundesrepublik (und zahlreichen anderen europäischen Ländern) angesichts der gewaltigen Umverteilungsprozesse, der Verarmung großer Bevölkerungsteile und des immensen Reichtums der Wenigen durchaus feststellen kann.

Zweitens vermischen sich persönliche Konflikte, Haltungen, Werte und Stile des Patienten unweigerlich mit jenen gesellschaftlichen Verwerfungen, die die öffentliche Debatte bestimmen: Indirekt steht die persönliche Verantwortung des Patienten für z. B. Entlassungen, Betriebsverlagerungen, Ausbeutung, Fehlentscheidungen oder Spekulationen zur Debatte. Daran schließt sich zwangsläufig die Frage an, inwiefern berufliches Verhalten oder persönliche Werthaltungen mit den zur Behandlung führenden Konflikten korrespondieren (oder in der therapeutischen Beziehung zum Ausdruck kommen). Unweigerlich wird man entweder die soziale Situation des Patienten und seine Verantwortung als Mitglied der Zivilgesellschaft thematisieren müssen oder beides gemeinsam tabuisieren.

Drittens sind Mitglieder der Oberschicht gewohnt, nicht sich selbst, sondern die sie umgebenden Umstände zu verändern oder zu manipulieren (Cremarius 1987). Sie begeben sich daher kaum je in psychotherapeutische, allenfalls in psychiatrische Behandlung⁷.

Analoges gilt für die (erwachsenen) Angehörigen reicher und mächtiger Personen. Auch diese stehen latent am Pranger einer moralistischen öffentlichen Kritik, der sich der Behandler kaum zu entziehen vermag. Technische Neutralität gegenüber diesen Personengruppen ist mithin nicht oder nur mühsam gewährleistet. Man stößt auf ähnliche Schwierigkeiten wie bei grundlegenden religiösen oder politischen Wertedifferenzen (Kernberg 2004, S. 98 f.), die nicht diskutierbar sind – allenfalls kann man untersuchen, welche Ergebnisse sie zeitigen. Verletzungen dieser Werte führen über kurz oder lang zu Ressentiments auf beiden Seiten. Hingegen kämen Veränderungsbestrebungen des Therapeuten hinsichtlich der Werte seines reichen und mächtigen Patienten ohne entsprechenden Therapievertrag einem Übergriff gleich.

Übertragungsbeziehung und Realität bei deutlich ärmeren Patienten

In den letzten Jahrzehnten wurde die Nutzung von Psychotherapie für immer größere Bevölkerungskreise selbstverständlicher Teil der Gesundheitsversorgung. Doch infolge der so genannten Finanzkrise, gescheiterter Integrations-, Bildungs- und zunehmender Sparpolitik schrumpft die Mittelschicht, und weite Bevölkerungsschichten beginnen, sich erneut dem Zugang zur Psychotherapie zu entfremden. Dabei aktualisiert das Auseinanderdriften der gesellschaftlichen Klassen den alten Vorwurf gegenüber Psychotherapie, sie sei mittelschichtorientiert. Mehr denn je trifft diese Kritik zu. Doch nicht die Psychotherapie verschließt sich gegenüber gesellschaftlichen Gruppen. Vielmehr werden sog. bildungsferne Schichten, desintegrierte Angehörige von Parallelgesellschaften, verelendete ehemalige Mittelschichtangehörige und Dauer-Hartz-IV-Empfänger durch marktkapitalistische Zentrifugalkräfte (Marcuse 1973) erzeugt. Diese gesellschaftlichen Gruppen haben weder Zugang zu Bildungs- und Kulturangeboten noch zu herkömmlichen Formen der Psychotherapie. Verantwortlich für diese Entwicklung ist nicht etwa die mittelschichtorientierte Psychotherapie, sondern das sie bestimmende sozialpolitische Klima der Ausgrenzung.

derdriften der gesellschaftlichen Klassen den alten Vorwurf gegenüber Psychotherapie, sie sei mittelschichtorientiert. Mehr denn je trifft diese Kritik zu. Doch nicht die Psychotherapie verschließt sich gegenüber gesellschaftlichen Gruppen. Vielmehr werden sog. bildungsferne Schichten, desintegrierte Angehörige von Parallelgesellschaften, verelendete ehemalige Mittelschichtangehörige und Dauer-Hartz-IV-Empfänger durch marktkapitalistische Zentrifugalkräfte (Marcuse 1973) erzeugt. Diese gesellschaftlichen Gruppen haben weder Zugang zu Bildungs- und Kulturangeboten noch zu herkömmlichen Formen der Psychotherapie. Verantwortlich für diese Entwicklung ist nicht etwa die mittelschichtorientierte Psychotherapie, sondern das sie bestimmende sozialpolitische Klima der Ausgrenzung.

Sekundärtugenden und Basiskompetenzen als Voraussetzungen für Psychotherapie

In der Bundesrepublik erhalten etwa 6,7 Mio. Personen Arbeitslosengeld II, genannt Hartz IV; etwa 1,7 Mio. Kinder unter 16 Jahren leben in einem Haushalt mit mindestens einem Hartz-IV-Bezieher (*Frankfurter Rundschau*, 10.02.2010). „Nach aktuellen Daten lebten im Jahr 2008 in Deutschland rund 14 Prozent der Bevölkerung unter der Armutsschwelle. Das ist rund ein Drittel mehr als noch vor zehn Jahren“ (*DIW-Pressemitteilung* vom 18.02.2010). Vierzehn Prozent oder 11,5 Mio. Bürger sind im Jahr 2008 arbeitslos gefährdet gewesen (ebenda). Rund ein Drittel der Vierjährigen fällt bei einem ersten Sprach-Screening in Nordrhein-Westfalen durch und geht in einen differenzierteren Test. Damit sind bei einem hohen Prozentsatz der heranwachsenden Bevölkerung Basiskompetenzen für herkömmliche Psychotherapie, nämlich sprachliches Verständnis und Ausdrucksvermögen, infrage gestellt.

Selbstreflexion, Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen, Fähigkeit zu Selbstkritik und Kritiktoleranz werden nicht nur durch Bildung und Ausbildung gefördert, sondern sind geradezu ihr selbstverständlicher Teil. Wer über diese Qualifikationen nicht verfügt, ist nahezu chancenlos auf dem ersten und oft auch dem zwei-

⁷ Allerdings ist man mit Wertekonflikten besonders bei Coaching oder Organisationsberatung konfrontiert und muss sich dabei fragen, welche Art von Veränderungsprozessen man vor dem eigenen Gewissen begleiten oder fördern kann, wann man technische Neutralität zugunsten eines Statements aufgibt, oder wann der Punkt erreicht ist, wo man einen – deutlich lukrativeren Auftrag als die Behandlung von Kassenpatienten – zurückgibt, damit narzisstische Stabilität vor dem Gewissen erreicht, jedoch Instabilität auf dem eigenen Konto in Kauf nimmt.

ten Arbeitsmarkt. Das bedeutet zugleich, dass auch im weiteren Verlauf des Lebens kaum Möglichkeiten entstehen, verpasste Lernangebote nachzuholen und damit Konflikt-, Alltags- und Sozialkompetenzen zu erwerben: Psychotherapie wird unter diesen Umständen zur Überforderung. Aufdeckende Psychotherapie ist bei der Unterstützung dieser Personengruppen aus gesellschaftlichen Randgruppen meist kontraindiziert: Mitglieder untersozialisierter gesellschaftlicher Gruppen tendieren dazu, Konflikte als grundsätzlich von außen kommend zu erleben; sie denken und erleben konkretistischer, nicht symbolhaft, womit rein aufdeckende Psychotherapie nahezu aussichtslos ist.

Je geringer die Schulsozialisation und je größer demgegenüber Disziplinlosigkeit, also die Neigung, Impulsen nachzugehen, wenig Frustrationstoleranz zu erdulden, selbstkritisches Denken und Wille zur Veränderung eigenen Verhaltens schwach ausgebildet sind, desto geringer sind die Chancen für klassische psychotherapeutische Verfahren. Das gilt auch für Verhaltenstherapie: Mangelnde Zuverlässigkeit des Patienten, Schwierigkeiten bei der Präzision oder überhaupt Verbalisation einer Verhaltensanalyse und notwendiger Selbstbeobachtungen bedrohen den Therapieerfolg ebenso wie die fehlende Disziplin bei der Einhaltung von Verhaltensplänen, Expositionen usw.

Alternative Konzepte, v. a. im Kinder- und Jugendlichenbereich, werden in den letzten zwei Jahrzehnten in der seit Dezember 2008 auch vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannten systemischen Therapie entwickelt (*Deutsches Ärzteblatt* 106(5), 30.01.2009). Beispiele sind die aufsuchende Familientherapie (AFT; Conen 2002) und die Multifamilientherapie (MFT; Asen u. Scholz 2009), die bei Verhaltensauffälligkeiten, Schulverweigerung, Fällen von Misshandlung und Gewalt etc. in manchen deutschen Städten (AFT) sowie in europäischen und amerikanischen Städten (AFT, MFT) angewendet werden.

Erstes Ziel dieser Verfahren ist die Entwicklung vorher nichtvorhandener Motivation zur Arbeit an den Beziehungen und der Kommunikation miteinander sowie mit dem sozialen Umfeld. Therapeuten der AFT verlagern ihr Arbeitsfeld in die

Lebensräume der Klientel und beziehen den Lebenskontext der Betroffenen stark ein. Aufwand, Komplexität und Kostenintensität solcher Verfahren erfordern allerdings komplizierte Verhandlungen mit Jugend- und Sozialämtern oder Krankenkassen, deren Leistungskatalog solche Interventionen nicht vorsieht. Im Übrigen wird man an dieser Stelle auf ein weiteres Manko der psychotherapeutischen Ausbildung aufmerksam: Angehende Psychotherapeuten lernen kaum etwas über die Sozialgesetzbücher (wie etwa Sozialarbeiter) und erwerben schon gar keine Verhandlungskompetenz gegenüber Leistungsträgern.

Seit vielen Jahren beklagen Arbeitgeber und Personaler die mangelhafte Ausbildung von Schulabgängern oder Absolventen und die Unfähigkeit, Enttäuschungen zu ertragen, bei einer Sache zu bleiben oder Verbindlichkeiten einzuhalten. Die zunehmende Verschuldung jüngerer Erwachsener verweist nicht nur auf ihre finanzielle Bedürftigkeit, sondern auch auf die Unfähigkeit, Aufschub zu leisten, antizipatorisch zu denken und verantwortlich mit ihrer Lage umzugehen. Diese Entwicklung betrifft gleichermaßen die Verantwortung, die mit dem Eingehen eines psychotherapeutischen Kontrakts verbunden ist: Das sog. Prekariat erhält keine Grundausbildung, die zu einem verlässlichen, dauerhaften und disziplinierten Einhalten eines Psychotherapiekontrakts befähigen würde. Die bekannte Abkopplung eines rasch anwachsenden Bevölkerungsteils aus einem mehrklassigen System der Gesundheitsversorgung trifft besonders Patienten mit psychischen Problemen. Viel mehr als beim niedrig-schweligen (Impuls-)Besuch beim Hausarzt sind für Aufnahme und verbindliche Unterhaltung einer Psychotherapie Kompetenzen gefragt, wegen deren mangelnder Ausprägung diese Patienten ja gerade in Notlagen geraten und die sie oft lebenslang nicht mehr zu verlassen imstande sind.

In vielen Fällen ist demnach (aufdeckende oder verhaltensmodifizierende) Psychotherapie nicht die angemessene Indikation. Aussichtsreicher sind Psychoedukation, psychopädagogische Programme und Trainings für Alltagskompetenzen, parallele ökotrophologische

Module, verhaltenstherapeutische, systemische und interaktionelle Angebote oder/und solche zur Suchtbehandlung oder Gewaltprävention. Solche modularen Ansätze blockiert das deutsche Gesundheitssystem aus kurzfristig gedachten Kostengründen in der ambulanten Versorgung, während sie im stationären Bereich (etwa bei Stationen mit Angeboten der dialektisch-behavioralen Therapie) selbstverständlich sind.

Zudem müssten entsprechende Angebote aufsuchend gestaltet sein, d. h., in den Problemvierteln vorgehalten werden, was eine völlig veränderte Form der Abrechnung mit Leistungsträgern und/oder Auftraggebern wie Sozial- oder Jugendämtern zur Voraussetzung hätte. Solche Ansätze, die sozialarbeiterischem „street working“ nahe kämen, fehlen in herkömmlichen analytischen, tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Ausbildungen in Gänze. Es spricht demnach nichts dagegen und alles dafür, dass wir in unsere Ausbildungs-Curricula untersozialisierter, dissozialer und verelendeter Gruppen viel mehr Beachtung schenken und unsere Kandidaten auf die künftig noch zunehmenden Herausforderungen in diesem Bereich vorbereiten.

Dennoch wird man viele Patienten aus der Unterschicht kaum psychotherapeutisch oder pädagogisch erreichen können, und das Feld bleibt Streetworkern, Sozialarbeitern und Bewährungshelfern überlassen. Wer sich – ob zu Recht oder nicht – als Opfer jener Verhältnisse fühlt, die er intellektuell nicht durchschaut und alltagspraktisch kaum bewältigt, wird wenig Motivation zur Veränderung aufbringen.

Man mag einwenden, dass sich eigentlich niemand freiwillig und freudig einer Therapie unterzieht. Der entscheidende Unterschied ist jedoch die Einsicht in die Notwendigkeit eigener Anpassungsleistungen oder Veränderungen, die aus sehr unterschiedlichen Gründen weder beim Prekariat noch der Oberschicht gegeben ist: Während Mitglieder der reichen Oberschicht über ausreichend Macht verfügen, um die sie umgebenden Umstände zu ändern oder zu manipulieren, sodass die Notwendigkeit zur Selbstmodifikation oft gar nicht oder nur marginal gegeben ist (Cremerius 1984), können Unter-

schichtangehörige weder die sie bestimmenden sozioökonomischen Rahmenbedingungen von Arbeit, Wohnen, Freizeitgestaltung, Bildung, Kultur und Kontakten verändern, noch erleben sie diese Umstände als Motivationsquelle zur Selbstveränderung, deren Voraussetzungen ihnen zudem weitgehend fehlen: Psychotherapie kann keine gescheiterte Sozialpolitik kompensieren.

Gegenübertragungsreaktionen bei Angehörigen der Unterschicht

Ähnlich wie bei Angehörigen der Oberschicht laufen Behandler Gefahr, durch teilweise wenig bewusste Gegenübertragungsreaktionen Behandlungsziele und Patienten aus den Augen zu verlieren. Typische Gegenübertragungsreaktionen gegenüber Unterschichtangehörigen sind:

1. Naive Idealisierung. Behandler identifizieren sich vorschnell und unter Leugnung destruktiver Sozialisationschäden mit dem Patienten, übersehen dabei dessen Täteranteile zugunsten einer romantisierten Opferstilisierung. Unter systemischen Gesichtspunkten wird das Umfeld, besonders die Familie und Minderjährige, nicht ausreichend berücksichtigt; eventuelle Verwahrlosung, Übergriffe und Feindseligkeiten gegenüber Minderjährigen und Schwachen können übersehen werden.

2. Abwehr von Ohnmacht. Behandler ertragen die wenig aussichtsreiche, verzweifelte oder verelendete Lage des Patienten nicht und machen diesem seine Situation latent oder manifest zum Vorwurf. Auf diese Weise werden identifikatorische Ohnmachtsempfindungen abgewehrt, indem der Patient „selbst schuld“ ist.

3. Faszination von Entgrenzung, Gewalt und sozialer Randlage. Der bürgerliche Therapeut fühlt sich von der so ganz anderen Situation seines Patienten angezogen, wünscht sich insgeheim mehr Abwechslung, „kicks“ und „sensations“ für sein eigenes Dasein herbei, die er beim Patienten zu Recht oder Unrecht vermutet.

a) Der ängstliche, überangepasste Therapeut erfüllt sich aus sicherer Distanz romantische Sehnsüchte nach einem wilden Leben, während der Patient wegen struktureller Mängel Gewaltbereitschaft und Grenzüberschreitungen zeigt. Eventuell

kompensiert der Patient auch Leere und Langeweile (die der Therapeut bei ihm nicht sehen kann) und bedient aus der sicheren Distanz unerfüllte Sehnsüchte und romantische Vorstellungen des Behandlers. Speziell im forensischen Bereich machen Therapeuten fälschlich sozialrevolutionäre Tendenzen, die sie sich selbst nicht zu leben getrauen, beim Patienten aus und stilisieren diesen in die Revoluzerposition.

b) Der narzisstisch-leere Therapeut ist fasziniert von der Fülle der Ereignisse entgrenzter Patienten und füllt eigene Leere durch Rettungsfantasien, identifiziert sich mit dem Patienten, der sich nichts gefallen zu lassen scheint und Revanche übt.

3) Ekel und Abscheu. Angesichts von Verwahrlosung, Gewalt, Fäkalsprache, ordinärem, lautem oder distanzlosem Gebahren kann umgekehrt Ekel, Abscheu und Verachtung in der Gegenübertragung eine angemessene Herangehensweise unmöglich machen.

4) Narzisstische Selbstüberhöhung. Schließlich können verarmte und verwahrloste Patienten gerade die narzisstische Bedürftigkeit ihrer Behandler stimulieren und durch ihr psychosoziales Scheitern die scheinbare Großartigkeit, den beruflichen Erfolg und die demgegenüber relative finanzielle Größe ihrer Behandler spiegeln. Der Patient dient dann in seiner Armseligkeit in den Augen seines Therapeuten als narzisstische Aufwertung, darf also auch niemals seine elende Position qua Therapieerfolg verlassen, da dies dem Behandler seine Selbstbestätigung entzöge. Der demzufolge ausbleibende Therapieerfolg stellt ironischerweise jedoch ebenfalls die narzisstische Größe des Therapeuten infrage, was dieser nur durch Entwertung des Patienten abwehren kann. Es kann somit zu einer ständigen Verschlechterung des Zustands kommen – wiederum Bestätigung für den Behandler, der selbst schwierigste und aussichtslose Fälle selbstlos (im Gegensatz zu seinen Kollegen) und geduldig zu behandeln scheint.

5) Scham- und Schuldgefühle in der Gegenübertragung. Der Behandler fürchtet den Blick des Patienten auf den eigenen relativen Wohlstand, schämt sich seiner bescheidenen Bedürfnisbefriedigungen, die auch im Behandlungszimmer oder

angesichts von Kleidung, Schmuck oder Auto des Therapeuten sichtbar werden. Er empfindet Schuldgefühle gegenüber dem Patienten und versucht diese durch die Rolle des „good guy“ zu kompensieren bzw. befürchtete Vorwürfe des Patienten zu vermeiden: Übermäßige Konzilianz in Kernproblembereichen des Patienten (z. B. bei Zuspätkommen, Nichterscheinen, Ausfallhonorarregelungen) führt zur Vermeidung potenziell förderlicher Konflikte.

6) Erlösungsideen. Besonders im stationären psychiatrischen oder forensischen Bereich kommt es oft zu einer Identifikation mit einem Hoffnungsträger angesichts der vielen scheinbar hoffnungslosen Fälle. Diese Erlösungsidee wird durch frustrierende Alltagserfahrungen mit zahlreichen Drehtür- oder Langzeitpatienten einerseits sowie die eigenen sich ständig verschlechternden Arbeitsbedingungen andererseits genährt.

Fallbeispiel

Ein Team einer psychiatrischen Klinik, gebeutelt von Qualitätsmanagement, Dokumentationszwängen und Zertifizierungswahn, ständigem Druck des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen⁸, Personalkürzungen und Ärztemangel, trifft auf einen Patienten mit Burn-out-Syndrom, der als Banker seinen Kunden zweifelhafte Anlagen verkaufen muss, um seinen Job nicht zu verlieren. Es liegt nun nahe, dass sich das Team rasch mit dem Patienten solidarisiert – in der fälschlichen Annahme, man teile das gleiche Schicksal. Eigene Befindlichkeiten verstellen den nüchternen Blick auf Patient, Auftrag, Ziele und therapeutische Beziehung. Denn während das Team dem Patienten scheinbar mit großem Mitgefühl begegnet, scheint der Patient Feindseligkeiten zu hegen, weil er insgeheim der Auffassung ist, Psychotherapie sei Firlefanz, und in Wirklichkeit leide er an einer unerkannten somatischen Erkrankung. Derweil träumt das Team von einem beruflichen Neuanfang des Patienten als selbstständiger Finanzberater, was dieser gar nicht anstrebt.

⁸ Wirtschaftsdienst der Krankenkassen oder Einsparkolonne würden dem Autor als zutreffendere Bezeichnungen erscheinen.

Teams psychiatrischer Einrichtungen zeigen sich häufig bedürftig, wenigstens einen einzigen Patienten vorzufinden, mit dem man sich hinsichtlich Zielen, Vorgaben und günstiger Prognose identifizieren kann: Weil immer mehr sozial gescheiterte, an den Rand der Gesellschaft gespülte Personen, Dissoziale und Polytoxikomane Aufnahme finden und die Psychiatrie so zum Auffangbecken der Ellbogengesellschaft mutiert, werden Berufserfolgswünsche frustriert und wächst das Bedürfnis nach Erlösung durch einzelne „Erfolgspatienten“.

Fazit für die Praxis

Entscheidend für die therapeutische Beziehung und den Therapieerfolg ist, ob und wie die Einbindung der therapeutischen Beziehung in realpolitische Zusammenhänge reflektiert wird. Dies wiederum ist therapeutische Basiskompetenz: Die Reflexion der therapeutischen Beziehung und ihrer Korrespondenz in den außertherapeutischen Kontakten gehört zum Selbstverständnis mittlerweile aller anerkannten Therapieverfahren. Dennoch bleiben die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen von Psychotherapie sowohl der Patienten als auch der Therapeuten weitgehend außer Acht.

Die Hürde zu einer ambulanten aufdeckenden oder verhaltenssteuernden Psychotherapie nehmen nur jene, die uns Psychotherapeuten und unserer Schicht potenziell gleichen. Wir behandeln Menschen, von denen wir annehmen, dass sie uns ähneln oder wenigstens potenziell ähneln könnten und die sich daher auch unseren Lebens- und Sozialstandards angleichen können oder sollen. Menschen aus anderen sozialen, kulturellen oder Bildungshintergründen sind und bleiben uns fremd. Ohne es genau zu reflektieren, behandeln wir sie mit dem Ziel der Wertangleichung an westeuropäische Mittelschichtnormen. Das kommt jedoch einem unbewussten Übergriff gleich. Dass sich die Zentrifugalkräfte der Gesellschaft fatal auf unsere Patienten auswirken, haben nicht wir oder wir lediglich als Souverän zu beantworten. Ob wir diese Entwicklung kritisch reflektieren und mit einer Modifi-

kation unserer Angebote beantworten, liegt allerdings in unserer Verantwortung. Dies bedeutet zugleich klarzustellen, dass selbst modifizierte Therapieverfahren an den Folgen von Untersozialisation, Traumatisierungen durch soziales Elend, Desintegration und Verwahrlosung infolge der Bildungsmisere scheitern müssen. Für die Konsequenzen verfehlter Sozialpolitik gibt es keine Psychotherapie. Dies in das Bewusstsein der öffentlichen Meinung zu transportieren, würde dem Anspruch gerecht, mit dem die Psychoanalyse einstmals aufbrach, nämlich auch Gesellschafts- und Kulturkritik zu sein.

Korrespondenzadresse

Dipl. Psych. Micha Hilgers
Drosselweg 2a, 52159 Roetgen-Mulartshütte
michahilgers@michahilgers.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Altmeyer M, Thomä H (Hrsg) (2006) Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart

Asen E, Scholz M (2009) Praxis der Multifamilientherapie. Auer, Heidelberg

Conen ML (Hrsg) (2002) Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Asanger, Heidelberg

Cremerius J (1984) Die psychoanalytische Behandlung der Reichen und Mächtigen. In: Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, Bd 2. frommann-holzboog, Stuttgart

Cremerius J (1987) Wenn wir als Psychoanalytiker die psychoanalytische Ausbildung organisieren, müssen wir sie psychoanalytisch organisieren! *Psyche – Z Psychoanal* 41:1067–1096

DAK-Gesundheitsreport (2005) Schwerpunkt Angst und Depression. DAK, Hamburg

Dreitzel HP (1968) Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Enke, Stuttgart

Eichenberg C, Müller K, Fischer G (2007) Die Motivation zur Berufswahl Psychotherapeut/in: Ein Vergleich zwischen Schülern, Studierenden und (angehenden) Psychotherapeuten. *Z Psychol Traumatol Psychother Wiss Psychol* 2:83–98

Fenichel O (1935) Zur Theorie der psychoanalytischen Technik. In: Fenichel O (Hrsg) Aufsätze, Bd 1. Fischer, Frankfurt a.M., S 325–344

Glaesmer H, Sonntag A, Barnow S (2009) Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Absolventen. *Psychotherapeut* 54:437–444

Haubl R (2009) Neidisch sind immer nur die anderen. Über die Unfähigkeit, zufrieden zu sein. Beck, München

Hilgers M (2006) Scham. Gesichter eines Affekts. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Hilgers M (2007) Mensch Ödipus. Konflikte in Familie und Gesellschaft. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Kernberg OF (1998) Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 52:199–213

Kernberg OF (2000) Ideologie, Konflikt und Führung. Klett-Cotta, Stuttgart

Kernberg OF (2004) Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications. Yale University, Yale

Lohmer M, Wenz C (2005) Psychotherapeuten und Macht. In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg) WIR: Psychotherapeuten. Schattauer, Stuttgart, S 291–302

Marcuse H (1973) Konterrevolution und Revolte. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Person ES (2000) Über das Versäumnis, das Machtkonzept in die Theorie zu integrieren. In: Schlösser A-M, Höfheld K (Hrsg) Psychoanalyse als Beruf. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 73–98

Portele GH, Roessler K (1994) Macht und Psychotherapie. Ein Dialog. Edition Humanistische Psychologie, Köln

Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio

Sachsse U (2005) Sind WIR neidisch? In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg) WIR: Psychotherapeuten. Schattauer, Stuttgart, S 490–493

Schmeling-Kludas (2008) Ökonomisierung und Psychotherapie. Gesellschaftliche Einflüsse auf die Wirklichkeitskonstruktionen von psychisch erkrankten Patienten und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 53:349–359

Sonntag A, Glaesmer H, Barnow S et al (2009) Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. Ergebnisse einer Ausbildungsbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut* 54:427–436

Strauß B, Barnow S, Brähler E et al (2009) Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten. <http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/Endfassung-Forschungsgutachten-Psychotherapeutenausbildung.pdf>

Strauß B, Kohl S (2009) Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 54:411–426

Tschuschke V (2003) Kurzgruppenpsychotherapie. Theorie und Praxis. Springer, Wien

Tschuschke V (2004) Zur Ethik in der psychotherapeutischen Ausbildung und Psychotherapieforschung. In: Bormuth M, Wiesing U (Hrsg) Ethische Aspekte der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S 43–53

Tschuschke V (Hrsg) (2010) Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Thieme, Stuttgart

Wurmser L (1990) Zur Psychoanalyse des Ressentiments. In: Rohde-Dachser C (Hrsg) Zerstörter Spiegel. Psychoanalytische Zeitdiagnosen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen