



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Micha Hilgers

Der authentische Psychotherapeut – Band II

Behandlungstechnik in
komplexen Therapiephasen

Dipl.-Psych. Micha Hilgers

Drosselweg 2A

52159 Roetgen-Mulartshütte

sekretariat@michahilgers.de

www.michahilgers.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.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. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. 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.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Gemäldes von © Eric Peters – www.eric-peters.com

Gesetzt von Lumina Datamatics GmbH, München

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40016-8

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort oder der rote Faden

Gelegentlich, so entnahm ich zwei eher wohlwollenden Rezensionen des ersten Bandes, vermisse man den roten Faden meiner Ausführungen. Nach einiger Irritation über diese kritischen Bemerkungen fiel mir plötzlich ein, dass dies eigentlich eine wiederkehrende Frage der Patienten (und manchmal auch der Kollegen in Supervision) ist: Wo ist eigentlich der rote Faden in dieser Therapie? Die Frage geht zumeist mit Unruhe oder Unbehagen einher, begleitet vom Eindruck, dass es nicht schnell oder effizient genug zugehe. Zu Beginn einer interaktionellen analytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Therapie- oder Selbsterfahrungsgruppe erfasst dieses Unbehagen oftmals viele Mitglieder, die endlich – eigentlich sofort und von Beginn an – wissen wollen, nach welchen Regeln die Gruppe »funktioniere« und der Gruppenleiter »vorgehe«. Der Anspruch, immer gleich das naheliegende Ufer in Sichtweite haben zu wollen, entspricht einem Kontrollbedürfnis über das Unbewusste, das sich gerade durch jenes Unbehagen bemerkbar macht: Wo komme ich aus oder wo landen wir, wenn wir uns einem Prozess überlassen, dessen Ausgang wenigstens zunächst oder oft auch immer wieder ungewiss ist? Will man sich wirklich der Freiheit eines offenen Prozesses überlassen, in der Zuversicht, man käme schon zu einem Ziel, dessen Beschaffenheit man einstweilen nicht kennt? Die Zumutung, sich auf die Freiheit einer Entdeckungsreise einzulassen, deren Etappen Überraschendes, manchmal Ängstigendes oder Verstörendes zutage treten lassen, ist Kern jeder Psychotherapie, die Aufdeckendes zum Ziel hat. Und dies betrifft keineswegs lediglich psychodynamische Verfahren. Auch systemische oder verhaltenstherapeutische Modelle konfrontieren mit unerwarteten Ergebnissen, die das eigene Leben auf den Kopf zu stellen imstande sind.

Sicherheit bietet lediglich die Zuversicht, dass der rote Faden zwar vorhanden, aber noch nicht bekannt oder erkannt ist. Unsere Psyche, unser Gehirn, kann nicht anders als Sinn zu stiften, auch wenn dieser unbequem oder unkomfortabel erscheinen mag. Um den roten Faden zu finden, bedarf es der Geduld und einer Haltung, die nicht zu sehr mit Suche identifiziert ist. Statt also angestrengt zu suchen, kann man staunend finden, was sich auf dem Weg befindet.

Doch die beschriebene Unruhe angesichts der Frage nach dem roten Faden erfasst uns natürlich auch: Werde ich dem Patienten gerecht, wenn ich die Antwort verweigere (weil ich sie einstweilen auch nicht weiß oder lediglich errahne)? Oder sollte ich entlastende Erklärungen abgeben über den »normalen« Verlauf eines therapeutischen Prozesses, in dem Bewusstsein, dass es diesen normalen Verlauf eigentlich gar nicht gibt? Oder bin ich selbst auch schon beunruhigt ob der verwirrenden Entwicklungen, die zu entgleiten drohen? Wann also ist jene Zuversicht nicht mehr angezeigt oder wann ist sie gerade dienlich? Nach welchen Kriterien entscheide ich das? Wie viel Freiheit und assoziative Lockerung fördert den therapeutischen Prozess und wie viel Struktur benötigt die je individuelle

Entwicklung in der Therapie? Im konkreten Fall helfen Statistiken nicht, Erfahrungen können täuschen, Supervisionen in ihrer Dynamik können eine irri- ge Richtung einnehmen. Ohne jedes Konzept verlieren wir uns und unsere Patien- ten, Überstrukturierung kommt einer psychischen Überwältigung gleich.

Sollte ich also meinen Rezensenten und meinen Lesern antworten, dass ich über keinen roten Faden verfüge? Vielleicht wäre die ehrlichste, die »authen- tischste« Antwort, dass ich ihn immer wieder verliere und darauf neu finde. Bis- her jedenfalls. In der Vorläufigkeit, die Psychotherapie oder Erkenntnisprozesse schlechthin ausmachen.

Daher sind die Themen dieser Bände weit gefasst. Denn Psychotherapie ist eine besondere Form angewandter Erkenntnistheorie. Mithin kann sie sich nicht bloß auf umschriebene Krankheitsbilder, die sich ohnehin alle paar Jahre ändern, beschränken. Psychisches Leid ist in gesellschaftliche Prozesse eingebettet, geht aus ihnen hervor und reproduziert sie zugleich (vgl. Dreitzel 1972). Weshalb das Rollenverständnis von uns Psychotherapeuten auch nicht auf den Diskurs über Behandlungstechniken beschränkt sein kann. Gesellschaftspolitische und glo- bale Entwicklungen beeinflussen Stimmungen, Emotionen, Denken und Han- deln unserer Patienten – wie auch von uns selbst. Jede Trennung psychotherapeu- tischen Handelns von gesellschaftspolitischen Entwicklungen ist nicht nur abwegig, sie ist schädlich, weil sie wesentliche Aspekte von Entstehung, Aufrecht- erhaltung und Auswirkungen psychischen Leids und psychiatrischer Erkran- kungen verkürzt und unzulässig individualisiert.

Wir sind gefordert, Stellung zu beziehen, entweder, indem wir schweigen oder unsere Stimme erheben. Beides ist politisch. Und beides beeinflusst unser thera- peutisches Handeln wie auch seine Ergebnisse. Leser wie Autor könnten daher immer wieder den roten Faden verlieren – als Teil eines kreativen Prozesses, in dessen Verlauf wir immer wieder zueinander finden.

Bunte Fäden – oder Vorwort Teil II

Beim Schreiben habe ich mit der Genderthematik herumexperimentiert. Abwechselnd die männliche oder weibliche Form bei allgemeinen Akteuren zu wählen, fanden meine Freundinnen (!) und Freunde (!) beim Lesen verwirrend.¹ Dabei fiel mir ein, dass ja eigentlich mindestens auch noch das dritte Geschlecht erwähnt werden müsste. Dies würde zu grotesken Formulierungskünsten führen, die jedes flüssige Lesen unmöglich macht. Der Vorschlag, aus diesem Grund ganz auf Geschlechter zu verzichten (Hornscheidt 2018), also eine Entindividualisierung zu betreiben, erscheint mir therapeutisch absurd und politisch totalitär. Denn Teil jeder Individualität ist eine sexuelle Orientierung, ob sicher oder unsicher, ob homo-, hetero- oder bisexuell. Dazu zählt auch eine sexuelle Zuordnung, die wiederum alle möglichen Formen, auch solche einer uneindeutigen Geschlechtszugehörigkeit, bedeuten kann. Dies aber durch die Formulierung »Person« statt Mann, Frau, Hermaphrodit oder Ähnliches zu ersetzen, leugnet die Rolle von Sexualität gleich welcher Orientierung, Herkunft oder körperlich-uneindeutiger Begründung. Letztlich kommt es auf die persönliche Stellungnahme an, die durch die Formulierung »Person« negiert wird. Der Respekt vor Individualität wird nicht durch die Entindividualisierung gewahrt, sondern durch das Ansehen der Person, die sodann eine Identität erfährt – womöglich erst im Laufe eines längeren Prozesses. Innerhalb dessen wird man gemeinsam um Formulierungen und die persönliche Anrede ringen müssen. Auf diese zu verzichten, würde eine Leugnung der Rolle von Sexualität bedeuten, gleich welcher Art, Orientierung oder körperlicher Begründung sie unterliegt. Deshalb wähle ich im Text durchgehend die männliche Form – in respektvoller Verneinung vor allen Varianten unserer psychischen wie körperlichen Varianz sexueller Individualität.²

1 Da mir nicht bekannt ist, ob mein Freundeskreis auch divers umfasst, habe ich es – auch hier im Bewusstsein einstweiliger Vorläufigkeit – bei der Nennung von zwei Geschlechtern belassen. Bei mir selbst war ich mir hingegen sicher: Als männlicher Autor habe ich für den Titel des Buches auch die männliche Form gewählt; es käme mir bizarr vor, ein Buch mit dem Titel »Die authentische Psychotherapeutin« zu schreiben.

2 Dieser Respekt endet vor jeder Art von Übergriff, Gewalt oder Demütigung, Unterdrückung oder Ausbeutung.

Dank

Gedanken, Ideen und endlich Texte entstehen im Austausch mit anderen, die einen inspirieren, ermutigen, anregen oder mit Rat und Tat zur Seite stehen. Dafür danke ich Julia Beckers, Anna-Lena Borowski, Lukas Hilgers, Sonja Höner, Mihrican Özdem, Monika Huff-Müller, Marion Peters und Christina Regenbogen.

Ganz besonders gilt mein Dank erneut Andrea Gehl, die alle Texte immer und immer wieder gelesen und mir wieder mit ihren klugen und wertvollen Hinweisen geholfen hat. Ich danke ganz besonders auch Thomas Plaßmann für die Überlassung seiner Karikaturen, deren Auswahl für dieses Buch mir schwerfiel, weil er mit so vielen genialen und herzerfrischenden Arbeiten unser Zeitgeschehen auf den Punkt bringt. Eric Peters danke ich ganz herzlich, dessen Bilder ich seit vielen Jahren für die Umschlaggestaltung meiner Bücher verwenden darf.

Verlage haben Designer für ihre Covergestaltung, in die sie sich kaum je reinreden lassen. Ich bin sehr froh, dass ich – wie schon bei Band I – ein Bild des Malers Eric Peters vorschlagen durfte und es der Verlag, namentlich Frau Nadja Urbani, nach – so glaube ich – anfänglichem Zögern akzeptierte, unter der Voraussetzung, dass ich zum Bild etwas Erläuterndes sage. Zugegeben, was *mich* wiederum einen Moment lang zögern ließ. Doch dann fand ich die Bemerkungen zum Cover zunehmend reizvoll und anregend. Für beides, die Akzeptanz der Bildvorschläge und die Forderung, dazu etwas Erklärendes zu schreiben, danke ich Frau Urbani und dem Verlag.

Roetgen-Mulartshütte, im Sommer 2019
Micha Hilgers

Inhalt

1	Frohgemut in die Altersarmut – Armut und Reichtum in der therapeutischen Beziehung	1
1.1	Das Elend psychotherapeutischer Rahmenbedingungen	1
1.2	Finanzielle Rahmenbedingungen der Ausbildung und ihre Folgen	3
1.3	Mögliche Folgen des Studiengangs Psychotherapie	4
1.4	Infantilisierende Ausbildungsbedingungen und ihre Folgen für die Übertragungsbeziehung	6
1.5	Die Kosten der Ausbildung	8
1.6	Die Bedeutung der finanziellen Rahmenbedingungen für die therapeutische Beziehung	10
1.7	Übertragungsbeziehung bei reichen Patienten	13
1.8	Übertragungsbeziehung bei prominenten Patienten	17
1.9	Übertragungsbeziehung bei armen Patienten	18
1.10	Übertragungsbeziehung bei Patienten aus der Unterschicht	19
1.11	Fazit	22
2	Der Bericht zum Antrag des Patienten – oder schreiben Sie doch, was Sie wollen	23
2.1	Keine Angst vor Bericht und Gutachter	23
2.2	Gründe für das Gutachterverfahren	26
2.3	Abfassen des Berichts	33
2.4	Fazit: Es gibt keinen Grund für Infantilisierung	38
3	Andere Umstände – Psychotherapie und Mutterschaft	40
3.1	Umgang mit der Schwangerschaft	40
3.2	Geschlechts- und Altersverteilung der Psychotherapeuten	41
3.3	Die Schwangerschaft der Psychotherapeutin	43
3.4	Ungewünschte Offenbarungen von Intimität	46
3.5	Exemplarische Konflikte während Schwanger- und Mutterschaft	49
3.6	Die Schwangerschaft der Therapeutin als Chance der Entwicklung	55

3.7	Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Settings	57
3.8	Therapeutenwechsel oder nicht?	57
3.9	Die Endlichkeit der beruflichen Tätigkeit und die Relativierung ihrer Bedeutung	58
4	Angst vor Regression?	59
4.1	Alltägliche Regression	60
4.2	Regression im klinischen Alltag	63
4.3	Maligne Regression	66
5	Komplexe Therapiesituationen I: Gespräche und Kontakte	72
5.1	Das späte Gespräch mit den Eltern – sinnlos, zwecklos oder zielführend?	72
5.2	Die Vorbehandlung	73
5.3	Die Sprechstunde beim Kollegen	75
5.4	Der Patient kommt wieder	77
5.5	Gegenübertragungen bei Therapieabbruch	79
5.6	Anreden: Sie, du oder Vorname und Sie?	85
5.7	Das rechtzeitige Gespräch mit den professionellen Eltern	89
6	Komplexe Therapiesituationen II: Die Unfähigkeit, begrenztes Glück zu ertragen	91
6.1	Hybris, die Götter der Antike und das verpönte Selbstbewusstsein	91
6.2	Jenseits des Wiederholungszwangs	94
6.3	Die Begegnung mit der Vergangenheit durch die eigenen Kinder	96
6.4	Schweigen	97
6.5	Dauersprecher, Entertainer und Conférenciers	108
7	Erweiterte Rahmenbedingungen: Psychotherapie im globalen Turbokapitalismus	112
7.1	Sozialpolitische Rahmenbedingungen der Psychotherapie	112
7.2	Psychotherapie jenseits von Eskapismus	117
7.3	Die ethische Pflicht, sich zu positionieren	118

8	Das Persönliche ist politisch ... – der globale Triumph des Irrationalen	123
8.1	Die Renaissance narzisstischer Führungspersönlichkeiten	123
8.2	Das stete Unbehagen in der Kultur	125
8.3	Wir sind Gott	126
8.4	Alternativlos: Die Herrschaft der Sachzwänge	129
8.5	Narzisstisch-totalitäre Entwicklung in Deutschland	132
8.6	Ungerechtigkeit und die Entwicklung von Ressentiments	136
9	Ein unscharfer Tiger – Bemerkungen zum Coverbild	139
	Sachverzeichnis	146

1 Frohgemut in die Altersarmut – Armut und Reichtum in der therapeutischen Beziehung

1.1 Das Elend psychotherapeutischer Rahmenbedingungen

Die Abhängigkeitsverhältnisse in der Psychotherapeutenausbildung, ihre hohen Kosten und das Tabu, Machtverhältnisse und Geld zu thematisieren, verhindern, dass Psychotherapeuten angemessen mit ihrer Gegenübertragung bei besonders reichen und mächtigen wie umgekehrt armen Patienten umgehen. Ob und inwieweit das neu einzurichtende Psychotherapiestudium die prekäre Lage von Psychotherapeuten, die oftmals über viele Jahre besteht, ändern wird, ist völlig offen, zumal die Finanzierung angemessener Vergütung während der praktischen Ausbildung bisher ungeklärt ist. Doch selbst wenn Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung ein Gehalt wie Assistenzärzte bezögen, wäre damit ihr finanzielles Elend keineswegs beseitigt. Denn der Kauf eines Versorgungsauftrages (siehe Kasten Praxistipp in Kap. 1.5) ist mit immensen Kosten verbunden, während die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen dazu in keinem vernünftigen Verhältnis steht. Bis auf Weiteres häufen daher angehende Psychotherapeuten erhebliche Ausbildungskosten als Schuldenlasten an, deren Rückzahlung oder Amortisation viele Jahre in Anspruch nimmt.

Die gesellschaftliche Wertschätzung, die sich im Kapitalismus zuvörderst durch ihre Honorierung definiert, ist in der Psychotherapie wie bei anderen sprechenden, erziehenden, pflegenden und versorgenden Berufen unverschämtdürftig, verglichen mit Gehältern von Managern, Bankern, Anwälten oder Beamten des höheren Dienstes – ganz abgesehen von anderen Facharztgruppen. Dies trägt weder zu einem gesunden Selbstbewusstsein der Psychotherapeuten bei, noch bleibt die therapeutische Arbeit, namentlich die Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung, davon unberührt. Während beispielsweise Anwälte ihre Leistungen in der Regel mit mindestens 200,00 Euro (netto) je Stunde liquidieren, erhält ein Psychotherapeut für eine gutachterpflichtige Sitzung mit 50 Minuten (plus Dokumentation) circa 100,00 Euro. Diese Diskrepanzen bleiben weder den Behandlern noch ihren Patienten verborgen, weshalb die therapeutische Beziehung rasch in schwierige, teilweise unbewusste Konflikte mit wechselseitigen Neid- oder Missgunstgefühlen, Mitleid oder Entwertungen entgleisen kann.

Auch hier betreffen gesellschaftliche Entwicklungen und globale Krisen Patienten wie 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 oder Genderfragen. Tatsächlich jedoch verändern sich die

Sozialisations-, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowohl von Patienten als auch Psychotherapeuten unter dem Einfluss von Turbokapitalismus und globalen Krisen (zur Ökonomisierung von Psychotherapie vgl. Schmeling-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 sich eine kleine Oberschicht von der Mehrheit abkoppelt. Psychotherapeuten befinden sich dabei keineswegs in der komfortablen Position des Beobachters mit technischer Neutralität. Ausbildungsdauer und -kosten wie auch die Honorarsituation und die Kosten des Kassenarztsitzes lassen auch Psychotherapeuten zu den Verlierern werden, deren Verbleib in der Mittelschicht bedroht ist.

Doch diese Auswirkungen gesellschaftlicher Entwicklungen werden fachintern kaum reflektiert, obwohl sie das Kernstück psychotherapeutischen Handelns, die therapeutische (Übertragungs-)Beziehung, betreffen. 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 (vgl. Lohmer und Wenz 2005). Zudem bereiten die psychotherapeutischen Schulen ihre Kandidaten kaum auf die Bedürfnisse und Indikationen bei verelendeten Bevölkerungsschichten vor. Dies gilt umgekehrt auch für die Arbeit mit reichen und mächtigen Patienten (vgl. Cremerius 1984). Ohne dies zu beabsichtigen, aber leider auch ohne dies einem fachlichen Diskurs zuzuführen, bestätigt man so den historischen Vorwurf linker Kritiker, Psychotherapie sei zutiefst bürgerlich und wende sich weder verelendeten Bevölkerungsgruppen zu noch reflektiere sie die gesellschaftlichen Verhältnisse und deren Gewinner, die Reichen und Superreichen.

Doch anders als Verhaltenstherapie oder humanistische Verfahren trat die Psychoanalyse mit dem erklärten Anspruch an, nicht nur ein Behandlungsverfahren zu liefern, sondern auch ein kultur- und gesellschaftskritisches Erkenntnismodell. Bisweilen hochfahrende Selbstansprüche und implizite Heilsversprechungen stehen in merkwürdigem Kontrast zur Abwesenheit kritischer Reflexion eigener Arbeitsbedingungen. Nahezu bewusstlos ignoriert die eigene Zunft die Auswirkungen ihrer beruflichen Sozialisation auf die Übertragungsbeziehungen, das eigene Selbstverständnis und die Ausbildungsverhältnisse. Lange wurden die eigenen Arbeitsverhältnisse und ihre Rahmenbedingungen als selbstverständlich akzeptiert. Erst in jüngster Zeit machen Ausbildungskandidaten auf ihre elenden Arbeitsbedingungen durch Demonstrationen aufmerksam.

Die manische Taktung, mit der Gesundheitsminister Jens Spahn die Telematik und nachfolgend das Terminservicegesetz einführte, hat inzwischen immerhin breiteren Widerstand geweckt. Allerdings fürchten viele Psychotherapeuten bei Verweigerung der sogenannten Konnektorenlösung zur Übermittlung von Patientendaten den Verlust ihres Versorgungsauftrages (Kollegennetzwerk Psychotherapie, z. B. vom 07.06.2019).

Nach wie vor behandeln Psychotherapeuten zwar Angststörungen, zeichnen

sich selbst aber durch hohe Ängstlichkeit und Anpassungsbereitschaft aus (ebenda). Ein Patient mit maladaptiven Konfliktstrategien trifft demnach mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit auf einen Therapeuten mit maladaptiver Anpassungsbereitschaft und irrationalen Ängsten.

Die Erhöhung der gesetzlich vorgegebenen Praxiszeiten von wöchentlich 20 auf 25 Stunden und die Zwangstermine durch das Terminservicegesetz verschlechtern die Einkommenssituation von Psychotherapeuten noch mehr. Erste Erfahrungen mit aufgezwungener Bereitstellung von Akuttherapien, Sprechstunden und Probatorik zeigen, dass viele Patienten gar nicht erscheinen und die Therapeuten auf den Ausfallkosten sitzenbleiben.

Kurz: Psychotherapeuten tun häufig so, als ob die Bedingungen, unter denen sie arbeiten, nicht maßgeblichen Einfluss auf sie selbst, ihre Leistung und Motivation und umgekehrt auch auf ihre Patienten hätten. Deshalb vermisst man einen Diskurs über die Behandlung von Armen und Reichen und die fast zwangsläufigen Gegenübertragungen unter den sich verändernden Bedingungen von Globalisierung, seit Jahren sinkenden Reallohneinkommen, schwindender Mittelschicht, neuer Armut oder geradezu feudalistischem Reichtum der wenigen Gewinner.

1.2 Finanzielle Rahmenbedingungen der Ausbildung und ihre Folgen

Vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 und der Approbation auch für psychologische Psychotherapeuten mit der Möglichkeit gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ihre ausreichende Qualifikationen für die Zulassung zur Abrechnung nachzuweisen, mussten sich Kandidaten psychoanalytischer Ausbildung anspruchsvollen Aufnahmeprüfungen unterziehen. Ärzte, die »bloß« für die tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung votierten, galten unausgesprochen als Kandidaten zweiter Klasse (»Zusatztitler«). Das neue Gesetz ließ Ausbildungsinstitute für Psychologen, Pädagogen oder Sozialpädagogen aus dem Boden sprießen, wodurch die eingessenen und saturierten psychoanalytischen Institute in für Bewerber heilsame Konkurrenzbedingungen des Marktes gerieten. Die damit verbundene Einkehr von Respekt und einer gewissen Willkommenskultur war demnach keineswegs tiefer Einsicht und schmerzlicher Reue geschuldet, sondern schnödem Mammon unter dem Druck marktwirtschaftlicher Bedingungen. Nach wie vor kann man ein gewisses Dünkelwesen jener mit »großer Ausbildung« gegenüber tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Kollegen bemerken. Dieser Mangel an Respekt und Solidarität trägt natürlich auch nicht zu schlagkräftigen Organisationen zur Durchsetzung berufsständischer Interessen bei. Eine selbstkritische Reflexion der berufspolitischen Entwicklung, des veränderten Selbstverständnisses von Instituten, Ausbildungskandidaten und jener gegenüber den neuen Kollegen fand nicht statt, was gerade bei Psychotherapeuten verblüfft. Immerhin jedoch begrenzt der wachsende Konkurrenzdruck der miteinander konkurrierenden 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 in der Regel nicht Teil des fachlichen Diskurses ist. Dies ist umso erstaunlicher, da allgemeine Einigkeit darüber besteht, dass die Rahmenbedingungen maßgeblicher Teil der Therapie sind.

Mehr oder weniger unbewusst gelten kostspielige Konsumgüter oder Dienstleistungen bei ihren Nutznießern als wertvoller, exquisiter und den Selbstwert positiv stimulierend. Teure Produkte und Dienstleistungen werden so zur sozialen Visitenkarte gegenüber dem sozialen Umfeld. Wenn jedoch psychotherapeutische Leistungen schlecht bezahlt sind, so ist damit auch das Image nicht nur der Therapeuten selbst verknüpft, sondern auch das ihrer Patienten. Und diese Rahmenbedingungen haben unmittelbaren, wenn auch oft unreflektierten Einfluss auf die therapeutische Beziehung. Dass dies wenig ins Bewusstsein der Beteiligten – Patienten wie ihrer Behandler – gerät, liegt nicht zuletzt an einer gewissen Verschämtheit der Psychotherapeuten, wenn es um klare finanzielle Interessen geht. Denn Honorarforderungen bei nicht wahrgenommenen Stunden, Privatliquidationen, Erinnerungen säumiger Schuldner, Rechnungen, Mahnungen oder gar gerichtliche Schritte werden häufig versäumt. Verweise auf den Aufwand, angeblich mangelnde Erfolgsaussicht oder entstehende Kosten rationalisieren die Vermeidung aggressiver Konflikte und die damit verbundene Furcht, als geldgierig oder böse angesehen zu werden.

1.3 Mögliche Folgen des Studiengangs Psychotherapie

Dies alles hat natürlich auch Einfluss auf die Wahl des Ausbildungsverfahrens, das künftige Psychotherapeuten wählen. Beispielsweise könnte man sich fragen, ob nicht der große Zulauf bei verhaltenstherapeutischen Instituten unter anderem der Tatsache geschuldet ist, dass die Ausbildung im Vergleich zu tiefenpsychologisch-analytischen deutlich kosten- und zeitgünstiger ausfällt. Da zudem an vielen Universitäten und ihren Kliniken verhaltenstherapeutische Ausrichtungen dominieren, werden behaviorale Orientierungen begünstigt. Eventuell würden sich noch mehr Interessenten für Verhaltenstherapie entscheiden, wenn die Fokussierung der therapeutischen Beziehung noch mehr als ohnehin schon in der Verhaltenstherapie Beachtung fände.

Verhaltenstherapie light

Tatsächlich führt das besonders in der ambulanten Praxis zu der absurden Situation, dass sich viele Verhaltenstherapeuten von ihrem Verfahren wenig überzeugt zeigen. Stattdessen arbeiten sie »integrativ«, was immer das im Einzelnen bedeutet. De facto üben sie unter dem Label »integrativ« ein psychodynamisches Verfahren aus, für das sie nicht ausgebildet sind, während man als Psychodynamiker für Patienten, bei denen eine Verhaltenstherapie angezeigt ist, oft keine Kollegen findet, die sie dann auch tatsächlich praktizieren. Für die Patienten bedeutet dies eine Versorgung durch einen Therapeuten, der nicht das

ausübt, wofür er einen Versorgungsauftrag hat; für die Krankenkassen, dass eigentlich ein Leistungsbetrug vorliegt. Das dürfte dort jedoch zu nur geringem Unbehagen führen, weil die Krankenkassen in der Regel froh sind, ihre Patienten überhaupt irgendwo untergebracht zu sehen – von der Kassenärztlichen Vereinigung ganz zu schweigen, die einen gesetzlichen Versorgungsauftrag zu erfüllen hat. Schließlich führt diese Situation auch zu Verzerrungen beim Erfolgsvergleich der Therapieverfahren, sofern man nicht genau überprüft, ob der Therapeut auch dasjenige Verfahren ausübt, womit er mit seinen Behandlungsergebnissen in die Statistik eingeht. Sofern die integrativ arbeitenden Verhaltenstherapeuten einigermaßen erfolgreich arbeiten, würde dies die Statistik zu Gunsten der Verhaltenstherapie verzerren.

Der künftige Studiengang Psychotherapie wird aller Voraussicht nach den Schwerpunkt auf Verhaltenstherapie zu Ungunsten psychodynamischer Verfahren legen, da an fast allen Hochschulen kaum Vertreter von Psychoanalyse oder psychodynamischen Verfahren mehr über eine Lehrbefugnis verfügen und daher meist sehr rudimentär und klischeehaft eine antiquierte Rezeption von Psychoanalyse gelehrt wird. Damit erhalten Studierende ein durch Unkenntnis ihrer Dozenten verzerrtes Bild aktueller psychodynamischer Therapieansätze. Dabei kann an der Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Ansätze bei bestimmten Störungsbildern (etwa Phobien oder Zwängen ohne komplexe Persönlichkeitsstörungen) gegenüber psychodynamischen Modellen kein Zweifel bestehen.

Ob überhaupt die Vielfalt der sehr unterschiedlichen Psychotherapieverfahren künftig an den Hochschulen gelehrt wird, wird davon abhängen, inwieweit dies überhaupt gewünscht ist, da eine Hinzuziehung psychodynamischer Vertreter Macht und Einfluss der gegenwärtigen Hochschullehrer schmälern würde. Zudem dürfte bei den gängigen Honoraren für Lehraufträge kaum jemand bereit sein, unter diesen Bedingungen seine Praxiszeiten zu verringern und zu einem noch geringeren Honorar als ohnehin schon zu arbeiten.

Schließlich könnte man sich sowohl unter Marktgesichtspunkten des Kosten-Nutzen-Denkens als auch hinsichtlich des therapeutischen Outcomes die Ausbildung reiner Gruppentherapeuten vorstellen, da Langzeit- wie Kurzzeitgruppen in vielen Fällen mindestens gleich wirksam sind wie einzeltherapeutische Verfahren (vgl. hierzu Tschuschke 2003 und 2010). Doch diese Kompetenz ist bereits an den Ausbildungsinstituten entweder nicht sehr ausgeprägt vorhanden oder wird kaum gelehrt. Hochschuldozenten verfügen in der Regel noch weniger über diese Qualifikation, geschweige denn über langjährige intensive therapeutische Erfahrung in Langzeiteinzel- oder Gruppentherapie. Denn tatsächlich verlassen Patienten sehr rasch die universitären Krankenhäuser unter dem Kostendruck der Krankenkassen und des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) und suchen sich meist ambulante Psychotherapeuten für Langzeitbehandlungen. Fundierte Kenntnisse über die Konflikte, Verstrickungen, Interventionsmöglichkeiten bei Langzeitbehandlungen dürften Hochschullehrer daher in der Regel kaum vermitteln können. Wirklich verblüffend ist, wie sehr sich Psychotherapeuten außerhalb des gesellschaftspolitischen Kontextes wähnen, sobald es um sie selbst, ihre Arbeit, Machtkonflikte und ihre Berufssozialisation geht. Dies

bleibt nicht ohne gravierende Folgen auf die therapeutische Beziehung, wie gleich zu zeigen sein wird.

1.4 Infantilisierende Ausbildungsbedingungen und ihre Folgen für die Übertragungsbeziehung

Die infantilisierenden Abhängigkeitsverhältnisse besonders der psychoanalytischen Ausbildung wurden an prominenter Stelle kritisiert, jedoch kaum je von den Jungen, also den Kandidaten oder jenen Absolventen der Institute, die gerade die Ausbildung abgeschlossen haben, sondern zumeist aus der sprichwörtlichen Großvaterperspektive (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 – wenn 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 zweifellos wirkungsvollsten Abhängigkeitsbeziehungen entstehen durch Enteignung monetärer und zeitlicher Autonomie. Interessanterweise werden beide Bedingungen von den vorgenannten Autoren kaum beachtet. Die stets fortschreitende Hypertrophie des Anforderungskatalogs von Weiterbildungsrichtlinien der Institute und Kammern verschärft die vorgenannte Tendenz und zieht eine Reihe wenig reflektierter Konsequenzen nach sich:

- Neben der oft beschriebenen intellektuell-emotionalen Abhängigkeit gegenüber Institut, Ausbildern und Kammern geraten die Kandidaten in eine finanzielle Abhängigkeit, die sie auch nach Abschluss der Ausbildung kaum hinter sich lassen können: Nicht nur die oft hohe Verschuldung oder bis dato mangelnde Altersversorgung binden Ressourcen. Die umfassenden Abhängigkeitsverhältnisse werden zudem häufig via Identifikation mit dem Aggressor internalisiert – ängstlich-kritiklose Überidentifikation mit den Verhältnissen sind die häufige Folge, die sich in der weitgehenden Abwesenheit kritischer Beiträge zur Ausbildungssituation zeigt.
- Die weitgehende Preisgabe von Selbstbestimmung und Autonomie löst kognitive Dissonanzen (Festinger 2012) aus mit der Folge, den enormen persönlichen Aufwand gegenüber kritischen inneren wie äußeren Stimmen rechtfertigen zu müssen: Es darf nicht sein, dass man in eine zweifelhafte Berufskarriere so viel investiert hat, dabei jedoch der Output eher gering ausfällt und man sich den Verhältnissen obendrein quasi zahlend unterworfen hat.
- 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 wiederum ihren Nachwuchs und seine Rache fürchten. Starre, Unbeweglichkeit und Ängstlichkeit verhindern bisher den offen ausgetragenen Generationenkonflikt mit der impliziten Chance eines gütlichen Ausgleichs (vgl. 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 behindert.

- Mangelnde Reflexion 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 der Patienten.
- Gegenübertragungen angesichts besonders wohlhabender Patienten einerseits oder Angehöriger des Prekariats andererseits werden wenig erkannt. Ihre Auswirkungen in der Therapie sind daher umso gravierender.
- Psychotherapeuten tun sich in Folge ihres ausbildungsbedingten, unreflektierten »Geldkomplexes« schwer, angemessene Honorarforderungen zu stellen und vor allem auch durchzusetzen: Rechnungen werden schamhaft per Post versandt, statt sie als Ausdruck der Wechselseitigkeit der Beziehung persönlich zu überreichen, Säumigkeiten nicht angesprochen. Mit Mahnungen wird oft über Gebühr (und ohne eine solche zu erheben) gewartet, der Gang zum Rechtsanwalt gemieden.
- Angesichts von Stundensätzen zwischen 100 (bei gesetzlichen Kassen) und 90 Euro (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 und das bei Angehörigen psychosozialer Berufe besonders verbreitete Burn-out sind häufige Folge. 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 der die Umstände hingenommen werden).
- Doch dass die finanzielle Berufsperspektive, die ab einem gewissen Grad der Verelendung auch eine gesundheitliche 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.

1.5 Die Kosten der Ausbildung

Eine realistische Kostenkalkulation der Psychotherapieausbildung findet meist nicht statt – Grund genug, dies eigentlich hier zu versuchen. Allerdings: Die Bedingungen der Ausbildungsinstitute unterscheiden sich teilweise erheblich, ebenso die Kosten für das gewählte Verfahren. Ausfallzeiten durch eigene Krankheit oder die Krankheit naher Angehöriger oder Schwangerschaft sind kaum exakt planbar, ebenso wenig, ob Patienten während der praktischen Tätigkeit unter Supervision vorzeitig abspringen und sich daher unter Umständen die Ausbildungsdauer verlängert. Die sogenannte Praktische Tätigkeit I und II umfassen insgesamt 1.800 Arbeitsstunden, die oft – wegen der prekären Verhältnisse der Ausbildungskandidaten – nicht in Vollzeit geleistet werden, sodass sich der Zeitraum bis zur Aufnahme der Behandlungen unter Supervision verlängert. Die Alternative – die Aufnahme eines Darlehens – verlängert wiederum die Zeitspanne bis zur Amortisation der Schulden- und Kostenlast. Kurz: Allgemeine Aussagen über die Kosten der Ausbildung sind kaum möglich, da sie vielen individuellen Faktoren unterliegen. Dennoch können einige Hinweise etwas mehr Sicherheit bei der Planung der eigenen Ausbildung liefern.

Praxistipp

Halber Versorgungsauftrag

In der Regel werden approbierte Psychotherapeuten einen halben Kassenarztsitz zu erwerben versuchen, da hier die Kosten geringer als bei einem vollen Versorgungsauftrag ausfallen und halbe Sitze häufig angeboten werden, wenn Kollegen ihre Arbeitszeiten reduzieren wollen. Der Erwerb eines halben Versorgungsauftrags ist auch insofern sinnvoll, da die maximale Arbeitsleistung pro Quartal und vollem Versorgungsauftrag bei 780 Stunden liegt. Entsprechend besteht ausreichend Gelegenheit, sich auch mit einem halben Sitz zielstrebig in ein veritables Burn-out zu malochen. Feiertage, Kurzurlaube oder Erkrankungen mitgerechnet kommt man rasch auf Wochenarbeitsstunden, die weit über 30 Stunden liegen dürften. Es macht demnach nur dann Sinn, einen vollen Versorgungsauftrag oder gar mehrere anzustreben, wenn man vorhat, Kollegen anzustellen. Zu Beginn einer Niederlassungstätigkeit steht dies aber sicher nicht an, sodass Kalkulationen zum Erwerb und der Amortisation des halben Sitzes sinnvoll sind.

Gegenwärtig belaufen sich die Kosten für den Erwerb eines halben Kassenarztsitzes je nach Region auf ca. 40.000,00 bis 80.000 Euro. In den meisten Fällen wird man außerdem Einrichtungsgegenstände erwerben müssen, falls man nicht die Räume des Veräußerers mietet oder in eine Praxisgemeinschaft einsteigt. Selbst dann wird man nicht auf individuelle Noten der Einrichtung verzichten wollen, sodass die Einstiegskosten rasch an die Grenze von 50.000,00 Euro kommen oder noch deutlich höher ausfallen können.

Es empfiehlt sich, einen Businessplan mit einem Steuerberater zu entwerfen:

- Welche tatsächlichen Kosten neben dem reinen Erwerb des Versorgungsauftrags (Raumkosten, Versicherungen, Neuanschaffungen) kommen auf mich zu?
- Was kann ich steuerlich geltend machen? Der »nackte« Erwerb eines halben Versorgungsauftrages hat einen entscheidenden steuerlichen Nachteil: Da sich die Kassenzulassung nicht abnutzt wie etwa bei einem Computer oder Einrichtungsgegenständen, ist eine steuerliche Abschreibung nur möglich, wenn auch Patienten übernommen, Praxisgegen-

stände mit erworben oder Verträge über die Zuweisung von Patienten erstellt werden. Abgeschrieben werden im Grunde diese materiellen Güter und Dienstleistungen, nicht aber der Kassensitz. Grundsätzlich ist die Veräußerung auch umsatzsteuerpflichtig, sofern der Praxisinhaber im Verkaufsjahr Umsatzsteuer zahlt. Im Folgejahr ist er wegen der hohen Einnahme in jedem Fall für nicht-medizinisch-therapeutische Leistungen umsatzsteuerpflichtig. Falls der Erwerber den Kaufpreis mit Umsatzsteuer entrichtet, bleibt er fast immer auf dem Mehrwertsteuerbetrag sitzen.

- Wie viele Wochenarbeitsstunden mit Patienten traue ich mir anfangs zu? Hier ist es wichtig zu berücksichtigen, dass das Erstellen von Berichten an den Gutachter, Reflexionen, Supervisionen und Dokumentationen deutlich länger als bei erfahrenen Kollegen dauern können, da vieles neu ist.
- Welchen Zeitraum muss ich unter Berücksichtigung aller, also auch der persönlich laufenden Kosten, ansetzen, um die entstandenen Kosten zu amortisieren? In der Regel sind dies 3 oder 4 Jahre für den Preis des Versorgungsauftrags.

Bei der Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie (APP) in Köln als Ausbildungsinstitut belaufen sich die Kosten (Bewerbungsgespräch, Seminargebühren, Lehrtherapie, Selbsterfahrung, Prüfungsgebühren) auf

- 22.300 Euro bei Verhaltenstherapie für Kinder- und Jugendliche oder Erwachsene
- 24.700 Euro bei Tiefenpsychologie (Erwachsene)
- 23.500 Euro bei Systemischer Therapie

In diesen Kalkulationen sind natürlich Ausfallzeiten und Fahrtkosten während circa 4 Jahren bis zur Abschlussprüfung nicht enthalten. Allerdings finden die Seminare bei Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie ausschließlich freitags bis sonntags statt, was Ausfallkosten enorm reduziert. Außerdem ist die gegenwärtig noch skandalöse Ausbeutung während der Klinikzeit zu berücksichtigen und die geringen Einnahmen während der Behandlungen unter Supervision.

Gänzlich schwindelig kann es den Ausbildungskandidaten werden, wenn sie für die Jahre des Darbens in der Ausbildung das Gehalt eines angestellten Psychologen gegenrechnen – ganz zu schweigen von Freizeit und Urlauben, die wegen der Wochenendseminare äußerst bescheiden ausfallen. Das alles bedeutet eine enorme psychophysische Belastung, die in keinem Verhältnis zum Honorar während und nach der Ausbildung steht. Die finanzielle Leidensbereitschaft psychoanalytischer Ausbildungskandidaten ist naturgemäß noch deutlich höher, und da man manche Institute nicht unter 500 Stunden Lehranalyse verlässt, erhöhen sich die Kosten und Ausbildungszeiten exorbitant.

Da niedergelassene Psychotherapeuten meist erst rund um das 30. Lebensjahr beginnen, nicht mehr von der Hand in den Mund zu leben, aber gleichzeitig Kosten der Ausbildung und des Praxiserwerbs abzutragen haben, sind sie geneigt, weniger Urlaub zu machen und mehr zu arbeiten, als es ihrer Gesundheit guttut. Zudem müssen sie sich um ihre Altersversorgung ernsthafte Gedanken machen, während Gleichaltrige bereits seit Jahren in die Rentenversicherung oder in andere Sicherungssysteme eingezahlt haben.

Bei 100 Euro je 50 Minuten antragspflichtiger Psychotherapiesitzung, Dokumentations- und Zertifizierungspflichten, Berichten an die Gutachter, kollegialer oder geleiteter (kostenpflichtiger) Supervision, Verwaltung, Abrechnung und Lohnkosten für Reinigung, Büro und Steuerberatung, dürften deutlich weniger

als 80 Euro zu versteuerndem Stundenlohn verbleiben. 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 es bei geringem Gewinn und einer Ausbildung, die sich über viele Jahre des Arbeitslebens erstreckt, schwierig ist, ausreichend Rentenkassen oder Alternativen zu bedienen.

1.6 Die Bedeutung der finanziellen Rahmenbedingungen für die therapeutische Beziehung

Welche Auswirkungen hat nun die lange Unselbstständigkeit der Psychotherapeuten, ihr durch Einschränkungen und Verzicht geprägtes Vorleben³ auf die Behandlungen? Und wie begegnen sie in ihrer Gegenübertragung besonders armen oder umgekehrt wohlhabenden Patienten? Unter Berücksichtigung der vorgestellten Überlegungen trifft ein Patient mit maladaptiven Anpassungs- oder Konfliktschemata auf einen Therapeuten mit maladaptivem Finanzgebaren: Nicht selten sind Patienten von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz betroffen, leben in Scheidung, sind alleinerziehend und aus solchen Gründen von erheblichen finanziellen Schwierigkeiten betroffen. Einen durch relative Armut bedrohten Patienten erwarten demnach Profis, die mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit ebenfalls relativ bedürftig sind, es aber so genau nicht wissen wollen. Wegen des bei oberflächlicher Betrachtung deutlich höheren Bruttostundensatzes des Therapeuten scheint nämlich ein deutliches Einkommensgefälle zugunsten des Behandlers zu bestehen. Mehr oder weniger unbewusst einigt sich das Patient-Therapeut-Paar auf eine psychische wie finanzielle Überlegenheit des Behandlers gegenüber dem Patienten.

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

- Der Patient ist reicher als sein Therapeut, mindestens letzterer realisiert diese Situation jedoch nicht (verzerrte Gegenübertragung).
- 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, zu Deutsch: Geistesstörung zu zweit).
- Es bestehen unübersehbare Einkommensunterschiede zwischen dem Patienten und dem Behandler mit entweder

3 Die finanzielle Lage der Ausbildungskandidaten und damit auch die Aussicht auf Alterssicherung wird sich jedenfalls auch durch das neue Psychotherapieausbildungsgesetz nicht wesentlich ändern.

- einem mehr oder weniger völlig mittellosen Patienten, demgegenüber sich der Behandler in komfortablem Wohlstand erleben darf. Der Patient kann idealisierende Übertragungen (als Abwehr von Feindseligkeiten) entwickeln oder initial oder nach Entidealisierung mit Missgunst und Feindseligkeit auf den Behandler reagieren. Dieser mag sich zunächst narzisstisch geschmeichelt fühlen, wird aber auch das Ende dieser Übertragung mit nachfolgender Missgunst fürchten und schuldhaft erleben.
- einem reichen und daher potentiell mächtigen Patienten (vgl. Cremerius 1984), auf den der Behandler mit idealisierenden oder neidischen, eventuell missgünstigen Gegenübertragungen antwortet, während der Patient Mitleidsreaktionen, Verachtung oder Parentifizierung in der Übertragung erleben kann. Darüber hinaus könnte ein wohlhabender Patient Peinlichkeit empfinden, wenn er von einem deutlich schlechter gestellten Therapeuten behandelt wird, dessen Ausfall- oder Privathonorar erheblich unterhalb des eigenen Stundensatzes liegt. Umgekehrt könnte sich der Behandler wiederum wegen seiner relativen Bedürftigkeit gegenüber dem Patienten schämen, sodass es zu wechselseitig ansteckenden und sich gegenseitig verstärkenden Schamgefühlen kommt, die eine Bearbeitung in der therapeutischen Beziehung behindern (*défense à deux*, zu Deutsch: Abwehr zu zweit).

Naive Offenlegung der finanziellen Verhältnisse würde in den meisten Fällen auf beiden Seiten zu Scham-Schuld-Reaktionen wegen der damit verbundenen Grenzverletzungen führen. Zudem würde man fast immer den Übertragungskonflikten ausweichen, statt sie für den therapeutischen Prozess zu nutzen.

Praxistipp

Rahmenbedingungen für die Psychotherapie festlegen

Psychotherapie ist in vielerlei Hinsicht keine Einbahnstraße, was wesentlich auch die Pflichten der Patienten betrifft. Das Beibringen der Versichertenkarte zu Beginn eines neuen Quartals oder zu einem ersten Termin, regelmäßiges und pünktliches Erscheinen, rechtzeitige Absagen von Terminen, Bezahlen von Privatliquidationen oder Ausfallhonoraren sind Bestandteil vertragsähnlicher Verpflichtungen. Es empfiehlt sich, bereits vor Beginn eines ersten Gesprächs Patienten entsprechende Formulare ausfüllen und unterschreiben zu lassen, die diese Rahmenbedingungen festschreiben. Doch hier beginnen oft nicht nur die Schwierigkeiten der Patienten mit sogenannten Sekundärtugenden, sondern auch jene ihrer Behandler, nämlich auf ihren Rechten zu bestehen.

Besteht man auf der Begleichung eines Ausfallhonorars oder lässt man sich auf endlose Debatten ein, dass der Patient ja nicht »schuld« sei, weil er selbst oder seine Kinder erkrankt waren, ein Stau in der Innenstadt das Kommen verhinderte, der Arbeitgeber plötzlich einen wichtigen Termin anberaumte, bei dem man nicht fehlen konnte/durfte/wollte, oder ein Wasserrohrbruch die persönliche Anwesenheit erforderte? Hier besteht die Chance, eine wesentliche und für das Leben und die Konflikte des Patienten unbewusst oft wirksame Verwechslung zu klären: Es geht um den Unterschied zwischen Schuld und Verantwortung. Zwar hat der Patient meist wahrscheinlich keinen schuldhaften Anteil an seinem Versäumnis, ist aber doch für den Schaden verantwortlich. An dieser Stelle könnte man also den Unterschied zwischen

Schuld und Verantwortung fruchtbar, wenn auch eventuell schmerzlich und konflikthaft klären: »Liebe Frau X., ich mache Ihnen gar nicht die Erkrankung Ihrer Kinder zum Vorwurf, und ich weiß, dass Sie daran natürlich keine Schuld haben. Dennoch sind Sie für den versäumten Termin verantwortlich. Denn einer von uns beiden muss für den finanziellen Schaden aufkommen, und ich meine, das sind Sie.« Vermutlich wird die Patientin dies nicht sofort einsehen oder akzeptieren, weshalb man darauf aufmerksam machen kann, was in der therapeutischen Beziehung geschieht, wenn man nicht auf dem Ausfallhonorar besteht: »Nehmen wir einmal an, ich würde Ihnen das Honorar erlassen, dann würde zwischen uns ein Gefälle entstehen, das nicht zwei Erwachsenen entspräche, sondern der Beziehung zwischen einem Elternteil und einem Kind. Ich würde sozusagen vermitteln: ›Weil du nichts dafür kannst, musst du auch nicht dafür geradestehen.‹ Ich verstehe, dass die Ausfallhonorarregelung an dieser Stelle für Sie ärgerlich ist, aber hier geht es ja gerade um die Lösung kindlicher Konfliktmuster. Deshalb wäre es ganz verrückt, wenn ich Sie darin unterstützen würde, in diese zurückzufallen. Außerdem würde ich beginnen, mich zu ärgern und weitere Terminversäumnisse von Ihnen zu fürchten beginnen, was der Behandlung ganz abträglich wäre.« Der eventuelle Protest und das Bestehen auf einer infantilen Position könnte im weiteren Verlauf der Behandlung nutzbar gemacht werden.

Ähnlich verhält es sich mit Privatliquidationen oder eben den Rechnungen für versäumte Termine: Übergibt man diese Kostennoten direkt und persönlich, unterstreicht man die Wechselseitigkeit der persönlichen therapeutischen Allianz, statt auf dem Umweg der Postzustellung eine direkte Konfrontation zu vermeiden. Ebenso sollte man auf nicht rechtzeitig beglichene Rechnungen persönlich aufmerksam machen; bei kostenpflichtigen Mahnungen sind auch diese persönlich zu Beginn der Stunde zu überreichen. Allerdings vermeiden viele Kollegen diese Kontakte ängstlich und versäumen so, ihren Patienten die Gelegenheit zu bieten, sich zu emanzipieren.

Schließlich geht es auch um die Höhe der zu vereinbarenden Honorare bei Privatpatienten, Paarberatung oder -therapie, Coaching und Supervision. Gegenwärtig liegt das Honorar bei Privatpatienten unter dem der Kassenpatienten. Begnügt man sich mit dem Steigerungsfaktor 2,3 oder verlangt man das 3,5-fache, also 140,77 Euro? Wie gestaltet man das Honorar für eine Paarberatung angesichts der Kosten einer eventuellen Scheidung? Wenn man Unternehmen berät oder Institutionen supervidiert, wie berechnet man An- und Abreise und die Leistung an sich? Scheut man sich, für 90 Minuten Supervision einen Betrag von zum Beispiel 300,00 Euro einzufordern und auch Fahrtkosten und die Fahrzeit, innerhalb derer man ja keine Umsätze machen kann, mit in die Kalkulation einzubeziehen? Erlebt man selbst Schuldgefühle und Scham, wenn man einen kalkulatorisch angemessenen Betrag verlangt? Fürchtet man, als geldgierig in der Szene erlebt zu werden? Oder möchte man ein klares und glaubwürdiges Modell bieten für die Fähigkeit, für sich zu sorgen und einzustehen? Tut man das nicht, läuft man Gefahr, als leidensbereiter guter Mensch Ressentiments aufzubauen, die weder einem selbst noch den Beratungsformaten dienlich sind. Für die Bereitschaft, sich konzilient zu zeigen, gibt es ausreichend Gelegenheit bei sozial bedürftigen Patienten und Ausbildungskandidaten. In jedem Fall bietet man ein Modell für Patienten, die meist auch wenig Kompetenzen zeigen, sich finanziell besser zu stellen, oder für Ausbildungskandidaten, die lernen könnten, ihre Interessen besser und wirkungsvoller zu vertreten. Das allerdings setzt einen Therapeuten voraus, der aufzeigen kann, wie weder rücksichtslos noch masochistisch eigene Interessen in Behandlung, Supervision oder Beratungsformaten Eingang finden.

1.7 Übertragungsbeziehung bei reichen 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 beziehungsweise Stärkere oder Mächtigere hilft dem Jüngeren, Schwächeren, Machtlosen. Sitzt jedoch ein junger Therapeut einem deutlich älteren Patienten gegenüber, so verletzt diese Konstellation vorurteilsbehaftete soziale Vorstellungen. In diesem Fall spricht Radebold (1992) von umgekehrter Übertragung: Der scheinbar Schwächere, Unerfahrenere, in jedem Fall Jüngere und meist daher auch finanziell schwächer Gestellte begegnet einem älteren, erfahreneren, oft eben auch deutlich wohlhabenderen Patienten. Die milde Anfangsidealisierung unterdrückt aufseiten des Patienten vorzeitige Kritik, Verachtung oder Geringschätzung. Empfindet der Patient zudem Mitleid und schont 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 Depotenzierungswünschen im Falle von Missgunst oder Übergriffen bei Bereicherungsbestrebungen.

Diese Überlegungen sind von erheblicher praktischer Bedeutung: Unbewusst werden Patienten vermeiden, zum Beispiel ihren Ärger über Korrosionsschäden an ihrer neuen Segelyacht zu äußern, bestimmte Lebensbereiche herunterspielen und eher Gleichheit mit den Verhältnissen des Therapeuten betonen. Umgekehrt werden sich diese weniger nach aufwendigen Urlauben, Einrichtungen oder Gegenständen erkundigen – oder wenn doch, 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 das Leben in vollen Zügen genießen. Ist aber die finanzielle Überlegenheit des Patienten nicht zu leugnen, können sich Therapeuten in diverse Abwehrmanöver flüchten:

- zum Beispiel in Saure-Trauben-Reaktionen nach dem Motto, »reich, aber unglücklich möchte ich nicht sein« oder
- in masochistische Selbstüberhöhungen, etwa »Bescheidenheit ist eine Tugend«;
- Reichtum kann als soziale Ungerechtigkeit entwertet werden, wodurch latente Feindseligkeit gegenüber dem Patienten entsteht.

Die vorgenannten Abwehroperationen verdecken die sozial besonders unerwünschten Gefühle von Neid oder Missgunst. In den meisten Fällen hat der Behandler angesichts der sozialen Vergleichssituation mit Schamgefühlen 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. Persönlich förderlich hingegen wäre milde Rivalität: Der Neid des Behandlers würde ihn motivieren, ebenfalls finanziell besser dazuste-

hen und seine Verdienstmöglichkeiten zu optimieren. Doch diese Beweggründe liegen abseits der Behandlung und werden allzu leicht zum Hindernis bei der Analyse der Gegenübertragung. Die Begegnung mit sehr wohlhabenden Patienten kann einen sehr leicht in eine schwierige Gegenübertragung versetzen. Wenn sich der Reichtum des Patienten plötzlich herausstellt, läuft man Gefahr, ebenso plötzlich mit einem Strauß unterschiedlicher Affekte konfrontiert zu sein: Offenbar verdient der Patient sein Geld mit weniger Anstrengung, verfügt über erhebliche Mittel, die Realität zu seinen Gunsten zu beeinflussen oder auch andere (inklusive den Therapeuten) zu manipulieren. Diese Möglichkeit muss der Patient gar nicht strategisch oder willentlich einsetzen; einzig die Erkenntnis, dass er über erhebliche Mittel verfügt, genügt bereits, um eine soziale Sonderstellung einzunehmen. Das jedoch weiß der Patient und es weiß sein Behandler. Und beide wissen, dass es beide wissen.

Praxistipp

Analyse der Gegenübertragung

Die Analyse der Gegenübertragung kann sehr unterschiedliche, teils gleichzeitig auftretende Affekte aufzeigen:

- Man hat das Gefühl, der Boden ginge unter einem weg (das klassische Fahrstuhlgefühl nach unten): War man gerade noch sicher in seiner Rolle, einen neuen Patienten zu begrüßen und professionell ein Gespräch zu eröffnen, so ist diese komfortable Souveränität mit einem Mal einem Gefühl der Verunsicherung gewichen: Der kann an vielen Stellen viel mehr als ich, ist mächtiger, mir finanziell weit überlegen und verdient sein Geld mit viel größerer Leichtigkeit oder ist als Erbe ohnehin von vielen meiner Alltagsorgen befreit.
- Ein Gefühl der Inferiorität kann sich bemerkbar machen: Man fühlt sich irgendwie kleiner, jünger (unabhängig von der Alterskonstellation) und unterlegen.
- Man möchte eventuell rasch seine professionelle Sicherheit wiederherstellen oder gar dem Patienten gegenüber unter Beweis stellen.
- Man ärgert sich über das eigene Honorar, das einem lächerlich gering vorkommt, besonders wenn der Patient gesetzlich versichert ist. Bei Privatpatienten könnte man über einen höheren Steigerungsfaktor nachdenken.
- Man versucht, sich die Situation schönzureden, indem man oben aufgeführte Abwehrmanöver vollzieht, etwa »Geld macht nicht glücklich« oder man selbst wähnt sich auf der politisch korrekten Seite.
- Man findet den Reichtum des Patienten ungerecht angesichts von Armut und Hunger auf der Welt.

Es empfiehlt sich, die in meinem Buch »Der authentische Psychotherapeut – Band I« (Hilgers 2018) beschriebene Haltung des Mr. Spock einzunehmen: Man könnte das eigene spontan einsetzende emotionale Erleben interessant, nämlich »faszinierend« finden, was dabei helfen könnte, statt in Abwehr, Entwertung oder Inferioritätsgefühlen unterzugehen, sich diese Gefühle als Phänomen bewusst zu machen (vgl. auch Habibi-Kohlen 2019).

Die Analyse der Gegenübertragung kann so auf direktem Wege zum besseren Verständnis der therapeutischen Beziehung beitragen:

- Induziert der Patient bei mir Gefühle von Neid oder Missgunst? Um mich zu dominieren?
- Oder fürchtet er umgekehrt gerade Neid und Missgunst? Beides?

- Fühle ich mich klein oder könnte es sich um ein abgewehrtes Gefühl des Patienten handeln?
- Wer fühlt demnach worüber eventuell Neid und Missgunst?
- Versetzt mich der Patient in eine Lage, die ihn Mitleid fühlen lässt? Wozu?
- Was geschieht eigentlich, wenn ich alle Versuche gegenzuagieren unterlasse? Was, wenn ich also die Haltung freundlichen Staunens aufrechterhalte und mich in die Welt eines eventuell sehr reichen Menschen versetze?
- Ist es wirklich so, dass die innere Welt des Patienten leer ist, oder ist es nur mein Konto?

Während meiner Ausbildung zum Psychoanalytiker suchte mich ein mir völlig unbekannter, jedoch in der Region prominenter Baulöwe auf, der zudem einen – mir ebenfalls zunächst nicht bekannten – 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 beschämender 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 klein-klein mein diesbezügliches Verhalten sei. 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 und joviale Angebote großzügigen Sponsoriums. 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 schambesetzten 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 ansprach, übersah ich auch parallele Verhaltensweisen in den außertherapeutischen Beziehungen. Namentlich in der Partnerschaft kam es zu erheblichen, auch gewalttätigen Auseinandersetzungen.

Viel zu spät wurde mir betrügerisches Geschäftsgebaren des Patienten klar, weswegen er schließlich aufflog. Am Ende flüchteten sich Patient und Partnerin ins Ausland, um ihren Gläubigern zu entkommen, und traten bei Scientology ein.

Die Behandlung scheiterte, weil ich

- meine mir unakzeptabel erscheinenden Gegenübertragungen leugnete: Meine Scham über meine mir im Vergleich zu dem Patienten armselige Lage verhinderte das Eingeständnis von Neid und Ärger;
- daher nicht über aggressive Konfrontationsstrategien verfügte;
- die innertherapeutische entwertend-aggressive Beziehungsgestaltung des Patienten nicht angemessen realisierte und nicht thematisierte;
- 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 Million Euro oder deutlich mehr verfügen, von vorneherein auf große Schwierigkeiten stoßen, wenn der Behandler nicht ebenfalls über Vermögen verfügt.

Erstens sind die Einkommensunterschiede zwischen Behandler und Patient so gravierend, dass beide vor nahezu unauflösbaren Problemen stehen, die eine Aufnahme eines Vertrauensverhältnisses – Voraussetzung jeder Psychotherapie – erschweren oder unmöglich machen: Der Patient fürchtet zurecht 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. Neutralität ist außerdem durch soziale Instabilität und gesellschaftliche Umbrüche infrage gestellt (Kernberg 2000, S. 203f.), die man in Deutschland (und zahlreichen anderen europäischen Ländern) angesichts der gewaltigen Umverteilungsprozesse, der Verarmung großer Bevölkerungsteile und des immensen Reichtums Weniger durchaus feststellen kann.

Zweitens vermischen sich persönliche Konflikte, Haltungen, Werte und Stile des Patienten unweigerlich mit jenen gesellschaftlichen Verwerfungen, die die öffentliche Debatte bestimmen: Beständig steht die persönliche Verantwortung des Patienten zur Debatte, nämlich inwieweit er Entlassungen, Betriebsverlagerungen, Eintreten der öffentlichen Hand für Fehlentscheidungen oder Spekulationen zu vertreten hat. Daran schließt sich die zwangsläufige und urtherapeutische Frage an, inwiefern das berufliche Verhalten oder die persönlichen Werthaltungen mit den zur Behandlung führenden Konflikten korrespondieren (oder in der Übertragungsbeziehung 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 es Personen dieser Oberschichtinkommensgruppe gewohnt, nicht sich selbst, sondern die sie umgebenden Umstände zu verändern oder zu manipulieren (Cremerius 1987). Sie begeben sich daher kaum je in psychotherapeutische, allenfalls in psychiatrische Behandlung.