

Stimme ist dann der Ausdruck sowohl unseres bewußten als auch unbewußten Wissens, das wir in all den Jahren gesammelt haben, in denen wir wir selbst waren.

C.G. Jung sagte einmal, daß Psychotherapie ihrer Natur nach letztendlich Behandlung der Seele ist. Wenn dem so ist, dann ist die Kunst und der Prozeß, ein Therapeut zu werden, eine Walfahrt, die wir zusammen mit unseren Lehrern, mit unseren Familien und mit unseren Patienten und Patientinnen unternehmen und zu verfeinern suchen.

Wie finden wir unsere Stimme? Worin besteht unsere Reise? Meiner Meinung nach beginnt man die Reise, ein besserer Therapeut zu werden, damit, daß man die eigenen Fehler und Erfolge analysiert. Zum einen können wiederholte Fehler, die üblicherweise im Therapeuten selbst begründet liegen, erkannt und später vermieden werden. Zum anderen müssen Techniken, die bei einem Patienten zum Erfolg geführt haben, bei nächsten vernachlässigt werden. Techniken, in einem Kontext angewandt, müssen nicht auch zwangsläufig in einem anderen Kontext sinnvoll sein. Sun Tzu schreibt dazu in seinem Artikel *"The Art of War"*: "Nach einem errungenen Sieg wiederhole ich meine Taktik nicht, sondern reagiere auf die jeweiligen Gegebenheiten in unendlich vielfältiger Weise" (Griffith, 1963). Anders gesagt versuche ich, ein unnötiges Hängenbleiben am Erfolg zu vermeiden. Dann nämlich, wenn wir aufgehört haben, unsere Fehler zu wiederholen, und wenn sich unsere Bindung an unsere Erfolge gelockert hat, sind wir in der Lage, uns selbst frei und kreativ in einer Vielzahl von neuen Möglichkeiten auszudrücken. Sollten wir an diesem Punkt unserer Karriere ankommen, finden wir unsere Stimme und werden zu dem Therapeuten, der zu sein wir uns schon immer ersehnt haben.

Fallbeispiele

Ich möchte zuerst einige Beispiele für meine Fehlschläge geben, und dann einige für meinen Erfolg. Ans Ende stelle ich ein Fallbeispiel, das weder ein Erfolg noch ein Mißerfolg zu sein scheint, sondern direkt den Kern der Veränderung von Klient und Therapeut beinhaltet.

Fall 1

Ich sah diese Frau ein einziges Mal. Sie war Anfang Dreißig und beschrieb eine Krise, die mir als eine entwicklungsbedingte, vorübergehende Streßreaktion erschien. Nach einem wirklich angenehmen Erstgespräch schlug ich ihr vor wiederzukommen, wenn sie mehr Hilfe bräuchte. Einen Monat später rief mich der örtliche Leichenbeschauer an, um mir mitzuteilen, daß meine Patientin aus dem Fenster eines hohen Gebäudes gesprungen und tot auf der Straße gefunden worden war. Er fragte, ob sie Selbstmordabsichten geäußert hätte, und ich antwortete: "Einen Moment bitte, ich muß in meinen Notizen nachschauen."

Ich bin stolz darauf, meine Kollegen bei der Prüfungsvorbereitung zum Zertifikat des *American Board of Psychiatry* zu unterrichten und ich unterrichte auch regelmäßig niedergelassene Psychiater in gründlicher Anamnese und Exploration. Die einzige Frage, die man *wir-klich immer* stellen muß, lautet: "Haben Sie Selbstmordabsichten?"

Ich konnte in meinen Notizen aber keinerlei Hinweise dafür finden, daß ich sie nach Selbstmordabsichten gefragt hätte. Ich teilte dem Leichenbeschauer mit, daß es meines

Die eigene Stimme finden

Über die Kunst und den Prozeß, ein Therapeut zu werden

Peter B. Bloom¹

Zusammenfassung: Psychotherapeuten aller Provenienzen haben eine gemeinsame Sehnsucht in Bezug auf ihr Tun, das Bedürfnis nämlich, sich in der Arbeit mit Klienten und Patienten kompetent, effektiv und zentriert zu fühlen. Wenn sich Klimiker dafür entscheiden, Therapeuten zu werden, müssen sie ihre eigene Entwicklung immer wieder begutachten und ihre Erfolge und Fehlschläge untersuchen, um die Qualität ihres sich entwickelnden Wissens und ihrer Fähigkeiten sicherzustellen. In dieser Entwicklung hin zum Therapeuten tauchen persönlicher Stil, eigene Deutungen oder Farbgebungen in der klinischen Arbeit auf, die einzigartig sind. Diesen eigenen Ausdruck in unserer Arbeit zu finden und durch ihn unsere Anstrengungen leiten zu lassen, um Wissen und Intuition zusammenzubringen, ist einige Anstrengungen wert. In diesem Beitrag will ich verschiedene Möglichkeiten untersuchen, die es uns erleichtern, "unsere eigene Stimme" zu finden. Um Zugang zu diesem kreativen und natürlichen Sinn für uns selbst entwickeln zu können, müssen wir unseren Beobachtungen gegenüber sehr wachsam sein und gleichzeitig unsere Neugier lebendig erhalten. In dem Maße, wie wir Vertrauen gewinnen und uns in diesem neuen Kontext von Wissen und Erfahrung bewegen, werden wir entdecken, daß wir dahin zurückgekehrt sind, von wo wir angefangen haben, und daß wir auf gute Art die Kunst der Therapie ausüben.

Ich möchte beschreiben, wie es ist, ein Leben lang darum zu ringen, der Psychotherapeut zu werden, der man unbedingt sein möchte. Ich werde dabei keine Techniken, Theorien oder klinische Ergebnisse erörtern, welche so perfekt und fehlerlos erscheinen, daß man aufhören könnte zu lernen. Denn ich glaube, daß wir uns als Therapeut nicht ausschließlich auf unsere Techniken oder Theorien beziehen können, um klinische Erfolge zu erreichen, sondern letztendlich nur auf uns selbst. Unser Vertrauen muß sich darauf gründen, daß wir unsere eigene Stimme finden und daß wir uns darüber freuen, wenn sie sich im Dienste und zum Wohle unserer Patienten und unseres eigenen andauernden Wachstums vernehmen läßt.

Die Stimme, von der ich rede, kommt dann, wenn wir ganz still in uns ruhen. Sie ertönt dann, wenn wir gut ausgebildet sind und uns kollegialer Supervision unterziehen. Diese Stimme fliegt einem nicht zu, wenn man untätig auf seinem Hosensboden sitzt; damit ist auch nicht bloße therapeutische Intuition gemeint. Nach sorgfältiger therapeutischer Ausbildung allerdings zeigt sie sich in der Tat in Form unbewußter Intuitionen, in Geistesblitzen und spontanen Handelns im Rahmen einer sorgfältig aufgebauten Therapie. Diese

¹ Übersetzung aus dem Englischen von Tina Overkamp

Erachtens sicher gewesen sei, diese Patientin gehen zu lassen. Nichtsdestotrotz war ich irritiert darüber, daß sowohl meine Patientin als auch ich dieses Gebot, über Selbstmordabsichten zu reden, völlig verdrängt hatten. Wie konnte es zu so einer einvernehmlichen Verdrängung kommen? Wie haben wir beide es geschafft, diese Frage zu vermeiden?

Ich lerne an diesem Tag auf recht schmerzvolle Weise, was ich eigentlich schon die ganze Zeit über gewußt hatte, nämlich daß wir unbewußt miteinander kommunizierten. In diesem Fall haben wir beide zusammen den Schrecken vor dem Ende des Lebens und der Jugend gelehrt. Wir taten es beide absolut unbewußt in einer Art geheimen Einverständnis. Es hat mich aber auch daran erinnert, welch enorme Ressource unsere unbewußte Kommunikation darstellt, und wir alle schätzen es, daß Hypnose die Kommunikation auf vielerlei Ebenen ermöglicht.

Ich bedauere, daß eine Patientin im Verlauf meines eigenen Lernprozesses ihr Leben verloren hat; ich bin mir aber auch dessen bewußt, daß wir alle Patienten verlieren und daß dieser Vorgang immer schmerzhaft ist.

Fall 2

Mein zweiter Mißerfolg war schwieriger. Meine neue Patientin verkündete gleich in ihrer ersten Stunde bei mir, daß sie ihre Lebensaufgabe darin sähe, alle Männer in die Knie zu zwingen. Ein älterer Kollege hatte mich gebeten, diese Patientin zu übernehmen, weil sie ihm größte Schwierigkeiten bereite. Während er mit mir redete, schwitzte er stark, sein Herz schlug schneller und er stotterte erheblich mehr als üblich. Er meinte: "Da du ja reif bist und in der Lage, mit einer negativen Übertragung umzugehen, bist du einfach genau der Richtige für diese Patientin." Da ich mir gerade zu diesem Zeitpunkt einige Beulen und blaue Flecken in meiner Praxis zugezogen hatte, tat mir die Anerkennung eines Kollegen besonders gut. Und so antwortete ich ihm ruhig und mit einer gewissen inneren Befriedigung, daß ich sie gerne für ihn übernehmen würde.

Wir arbeiteten zwei Jahre miteinander - manchmal friedlich und dann wieder mit großen Schwierigkeiten beiderseitig. Zu unserer Abschlusssitzung hatte ich 15 Teammitglieder draußen vor der Tür versammelt. Mit einer unterzeichneten Einverständniserklärung in der Tasche war ich darauf vorbereitet, diese Patientin in ein Krankenhaus einweisen zu lassen, weil sie mich am vorangegangenen Wochenende wiederholt wegen Selbstmordabsichten angerufen hatte. Den Polizeibeamten, die ich zu ihr geschickt hatte, sagte sie, daß es sich um ihre Wohnungsgenossin handelte und daß diese das Haus verlassen habe.

In dem Film "*Cool Hand Luke*" schaut der Gefängniswärter, verkörpert durch Paul Newman, Luke an und sagt: "Wir haben da eine Schwierigkeit in unserer Verständigung." Diese Story erzählte ich meiner Patientin und wir kamen überein, wenn sie schon nicht mit mir arbeiten konnte, sie sich doch einen anderen Therapeuten suche. Erleichtert, aber doch noch etwas ängstlich und skeptisch, ob ich ihr denn trauen könne, ließ ich sie gehen. In wenigen Tagen hatte sie einen neuen Therapeuten gefunden und dann noch einen und noch einen und noch einen. Nach meiner letzten Zählung war sie mittlerweile beim achten Therapeuten.

Was habe ich daraus gelernt? Ich hatte ihrer Aussage ganz am Anfang nicht genügend Beachtung geschenkt. Sie hatte mir klar und deutlich gesagt, was sie in die Therapie mitbrachte; ich aber hatte auf meinen Kollegen reagiert, der meinem Narzismus geschmei-

elt hatte. Hätte ich sie als von mir unbehandelbar angesehen, so hätte ich uns beiden zwei Jahre unfruchtbarer Arbeit ersparen können, eine Last, die sich nicht nur in meiner eigenen Kreativität niedergeschlagen hat. Wir müssen unser Leben nicht mit zu vielen schwierigen Patienten belasten in der Hoffnung, daß wir eines Tages Erfolg haben werden, wenn wir nur hart genug arbeiten. Diese Belastungen beschränken und ermüden letztendlich nur uns selbst; ich denke, sie hindern auch unsere Fähigkeit, als Therapeut zu wachsen.

Fall 3

Die Erinnerung an den letzten Mißerfolg, den ich hier vorstellen möchte, ist ebenfalls recht bitter und schmerzhaft. Eine ältere Frau in meinem Alter sagte zu mir: "Ich werde Dir das Leben zur Hölle machen, wenn Du mich verläßt." Die mich kennen, wissen, daß ich darum bemüht bin, nett zu sein, und daß ich dazu neige, ärgerliche Auseinandersetzungen in meiner Arbeit zu vermeiden. Für mich bedeutet es einen therapeutischen Mißerfolg, wenn der Patient mehr Ärger in der Gegenübertragung erzeugt, als der Therapeut verkraften kann. Dabei kann die Kontrolle verlorengehen, können die Ansprüche der Patienten eskalieren und es kann zu Grenzüberschreitungen kommen, wenn der Therapeut versucht, dem Patienten zu gefallen, indem er ärgerliche Auseinandersetzungen vermeidet.

Manche Therapeuten schicken ihren Patienten im Urlaub Postkarten. Ich tat es gelegentlich bei sehr kranken Patienten. Aber als ich dieser Patientin eine Postkarte schickte, hatte das eine andere Qualität, nämlich die, daß ich genauso handelte, wie sie es von mir erwartete. Kurz nachdem die Therapie begonnen hatte, starb der Ehemann meiner Patientin unerwartet an Krebs. Wie macht man nun mit einer trauernden Klientin Therapie? Die Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik bleibt ja bestehen. Sie bat mich darum, meine Gebühren um die Hälfte zu senken und ich stimmte zu. Ich habe erst am Ende unserer Therapie erfahren, daß die Versicherung auch den ganzen Betrag gezahlt hätte, aber das hatte sie mir damals nicht erzählt. Die Manipulationen gingen weiter. Ich bekam immer häufiger telefonische Notrufe und der Höhepunkt war, daß sie mich bat, vor einem Richter zu ihren Gunsten falsch auszusagen, als sie in eine strittige Sache verwickelt war; dies aber habe ich verweigert. An diesem Punkt hatte ich endlich begriffen, daß diese Patientin meine Fähigkeiten überforderte, und ich verweigerte ihr die weitere Behandlung.

Ich glaube, wir alle verbringen viel Zeit damit zu lernen, wie man Leute zur Therapie bringt, aber wir müssen genauso lernen, sie wieder davon wegzubringen. Im Falle dieser speziellen Patientin bin ich glücklich sagen zu können, daß ich sie an einen jüngeren Kollegen überwiesen habe, der sie einige Male sah. Mit der Zeit fand sie in sich die Fähigkeit, selbständig und selbstverantwortlich zu sein, und befindet sich nun nicht mehr in Therapie.

Ich möchte nebenbei anmerken, daß es zu keinerlei sexueller Grenzüberschreitung gekommen ist, was ich auch nicht erlaubt hätte. Es ist wichtig daraufhinzuweisen, daß eine solche Dynamik der Annäherung dazu führen kann, daß die Grenzen zwischen Patient und Therapeut überschritten werden. Beginnend mit einer Umarmung zum Tod ihres Ehemannes, hätten sich eventuell auch andere Formen und Zeichen der Intimität einschleichen können. Diese Entwicklung ist sowohl für den Patienten in psychologischer Hinsicht als

auch für den Therapeuten in beruflicher absolut fatal. Konsultationen müssen hiervon völlig frei sein.

Alles in allem lehrte mich diese Patientin, wachsam zu sein, um meine berufliche Kontrolle, mein Gleichgewicht und meine Mitte zu behalten, wenn ich als Therapeut effektiv bleiben will. Wenn ich mich wirklich danach sehne, näher an meine eigene Kreativität und meine eigene Stimme zu kommen, dann muß ich auch lernen, daß es Patienten gibt, die ich trotz aller Anstrengungen einfach nicht behandeln kann. Mit anderen Worten: Ich kann es mir nicht leisten, in einer masochistischen Haltung mit solchen Patienten zu arbeiten und gleichzeitig wünschen, meine Kreativität zu verbessern. Ich bin ein guter Therapeut, aber genau wie alle anderen habe ich meine Grenzen.

Ich möchte nun einige Erfolge vorstellen. Auch hier, ebenso wie in mißlungenen Therapien besteht die naheliegende Gefahr, sich an einer Technik oder an einem Ergebnis festzubeißen, statt wirklich nach seiner eigenen Stimme zu suchen.

Fall 4

Eine 30jährige Frau berichtete, daß sie zwischen ihrem vierzehnten und neunzehnten Lebensjahr von ihrem Allgemeinarzt entführt und sexuell mißbraucht worden war. Sie führte aus, daß sie gezwungen worden war, mit diesem Arzt zu leben, weil ihre Familie glaubte, daß er ihr notwendige psychologische Hilfe gäbe. Sie begann ihre Therapie damit, dieses Trauma anzugehen, und wir entdeckten ziemlich bald, daß hinter diesem posttraumatischen Streß eine voll ausgeprägte Borderline-Persönlichkeitsstörung lag. Ihre Wut über den Mißbrauch und ihre Erinnerungen daran führten zu mehreren Selbstmordversuchen während ihrer Therapie mit mir. Als ich sie dann endlich zu "MAO 2 Inhibitors" schickte, war sie in der Lage, mit Hilfe von sympathomimetischen Mitteln ihren Blutdruck willentlich in gefährliche Höhe zu treiben, und ihr Ehemann mußte sie deswegen mehrere Male ins Krankenhaus bringen. Schließlich war es soweit gekommen, daß er mich anrief und sagte, seine Frau habe vor zwei Stunden eine Überdosis Tabletten genommen und er sei gerade dabei, ihr dabei zuzusehen, wie sie immer schläfriger und müder werde, und er einfach genug habe und überhaupt keine Lust verspüre, irgend etwas zu unternehmen, weil er es so leid sei. Ich aber war gezwungen, etwas zu unternehmen; deswegen hatte er mich wohl auch angerufen.

Nach vier Jahren drohte sie mir am Telefon wieder einmal mit Selbstmord. Ich sagte zu ihr, daß ich sie nicht behandeln könne, wenn sie sich umbringen würde, und sie meinte, das sei doch klar, weil sie ja sterben werde. Ich sagte: "Nein, Sie verstehen nicht, daß ich Sie nicht behandeln kann, wenn Sie Selbstmord begehen." Sie: "Oh, jetzt kann ich also in der Praxis mit Selbstmord drohen und Sie werden mit mir nicht mehr 'dynamisch' arbeiten", worauf ich meinte: "Nein, das ist nicht das, was ich gesagt habe. Ich sagte, daß ich Sie nicht behandeln kann, wenn Sie Selbstmord begehen." Es herrschte eine lange Zeit Stille am anderen Ende der Leitung, während sie begann zu verstehen, daß ich auf den Prozeß anspielte, die Möglichkeit zum Suizid einzufordern. Es herrschte weiter Stille am Telefon und mir wurde klar, daß sie verstanden hatte. So fuhr ich fort: "Und außerdem müssen Sie konstruktiv bleiben, von heute an muß jedes Wort aus Ihrem Munde konstruktiv sein." Wir beendeten die Therapie nach nurmehr noch sechs weiteren Stunden.

Dies ist jetzt ca fünf Jahre her, und ab und zu bekomme ich eine Weihnachts- oder Geburtstagskarte von ihr.

Ich lernte von dieser Klientin, daß ein Kontext geschaffen werden kann, in dem der Therapeut seine Erwartung an eine Veränderung artikulieren kann, wenn vorher sorgfältig und langsam beiderseits eine therapeutische Allianz geschlossen worden ist. Die Aussage "Ich kann nicht mit Ihnen arbeiten, wenn Sie Selbstmord begehen" brachte sie vom Konkreten zum Abstrakten. Wenn einmal der eine solche Aussage begleitende Prozeß in Gang gesetzt ist, können es sich die Patienten erlauben, den Schmerz und die Erinnerung an den Mißbrauch, an das traumatische Erlebnis zu verabschieden, und für den Rest ihres Lebens die volle Verantwortung für sich selbst übernehmen, ohne weiterhin die Menschen zu beschuldigen, die in der Vergangenheit ihr Problem geschaffen haben. Ohne diese Entscheidung kann nicht genügend Wachstum oder Stabilität entstehen. Sie traf diese Entscheidung und hält sich noch heute daran.

Entscheidend für mein Thema heute ist die Erkenntnis, daß dies keine Technik ist, die man bei jedem Selbstmordkandidaten anwenden sollte - also zu sagen: "Ich kann nicht mit Ihnen arbeiten, wenn Sie Selbstmord begehen." Diese Intervention ist - wie alle Interventionen - kontextabhängig und kann, auch wenn ein Patient ein ähnliches Problem haben sollte, nicht allgemeingültig sein. Diese Intervention war für eben diese spezielle Patientin angemessen. Eine flexible, d.h. klientenzentrierte Therapie sollte immer im Vordergrund stehen.

Fall 5

Die folgende Patientin ist immer noch sehr interessant für mich. Ich fing nämlich an, eine Ahnung von den Intuitionen und der Kreativität zu bekommen, die ein Teil meines Stils werden könnten, wenn ich bewußt nach ihnen weitersuche.

Eine Arzthelferin berichtete von epigastrischen Schmerzen in ihrer Speiseröhre, die ihr Arbeitgeber mit Narkotika behandelt hatte. Sie war in die Universitätsklinik von Philadelphia geschickt worden, um kontrollieren zu lassen, ob es ein Speiseröhrenkrebs war, und zu einer Narkosemittelentgiftung. Ich war damals noch in meiner ärztlichen Ausbildung, als ich sie unmittelbar nach ihrer Einweisung zum ersten Mal sah. Kurz darauf rief mich die Krankenschwester an und meinte, die Dame säße recht unschlüssig auf ihren gepackten Koffern und wolle nach Hause gehen. Ich war vier Stockwerke oberhalb der betreffenden Station, als ich den Anruf der Schwester erhielt, und beschloß, wenigstens selbst einen kühlen und klaren Kopf zu behalten, wenn die Patientin schon so unschlüssig war. Um das zu erreichen, zählte ich pro Stufe, die ich hinunterlief, immer von 10 rückwärts bis 1 und ging so auf die Station. Ich war ruhig, mein Kopf war leer und ich war so gut ich konnte bereit, auf die Patientin zu reagieren. Ich fand sie auf ihren Koffern sitzend vor, ihre langen Fingernägel in die Handballen gekrallt. Ich ging zu ihr, nahm ihre Hände und öffnete die Fäuste. Ich konnte sehr deutlich die roten Spuren in ihren Handballen erkennen. Ohne auch nur eine Sekunde zu zögern sagte ich: "Oh, das sind die Stigmata. Sie wissen schon, die Wundmale in Christi Hand."

In dem Moment, in dem Du etwas sagst, was spontan aus Deinem eigenen Unbewußten kommt, mußt Du prüfen, ob der Inhalt mit dem Kontext übereinstimmt. Als ihr Ehemann, der rechts neben ihr stand, daraufhin "Amen" sagte, wußte ich, daß ich auf der richtigen

Fahrte war. So fuhr ich fort: "Wie können Sie sich selbst so geiseln, indem Sie das Krankenhaus verlassen, und gleichzeitig an Christus glauben, der sein Martyrium für uns alle ertragen hat?" Sie schaute mich an und meinte: "Oh, Sie kennen sich in meinem Glauben aus." Ich schaute ihr direkt in die Augen und fuhr fort: "Wissen Sie, Ich will, daß Sie jetzt zurück in ihr Krankenbett gehen, die Bibel zur Hand nehmen und die 12 Stationen des Kreuzweges lesen. Wenn ich morgen früh zu Ihnen komme, werden wir das Ösophagoskop einführen und tun, was wir vereinbart haben." Sie stand sofort auf, packte mit Hilfe ihres Mannes ihren Koffer wieder aus und ging zurück in ihr Bett. Beim Verlassen der Station fragte mich die Schwester, die ich übrigens sehr gut kannte: "Was hast Du ihr denn gesagt? Wie konntest Du sie zum Bleiben bewegen?" Alles, was ich in diesem Moment zu sagen wagte, war: "Ach, wir hatten nur ein kleines Gespräch, alles ist in Ordnung." Ich verließ die Station mit einem euphorischen Gefühl, aber auch in dem Bewußtsein, daß ich niemandem erzählen kann, was ich für mich über Psychotherapie herausgefunden hatte und darüber, wie ich meine eigene Stimme finden kann.

Am nächsten Tag bei der Ösophagoskopie (ich befand mich damals gerade in der gastroenterologischen Ausbildung) lag sie in ihrem Bett und wartete auf den Beginn der Untersuchung. Ich wandte mich ihr zu und sagte: "Ruth, ich möchte, daß Sie ein- und ausatmen." Während ich mich dann umdrehte und das Valium (diazepam) zur intravenösen Beruhigung vorbereitete, machte mich mein Ausbilder, der mir bei der Untersuchung zuschaute, darauf aufmerksam, daß meine Patientin nicht mehr atmete. Überrascht, daß sie meine Aufforderung ein- und auszuatmen wörtlich genommen und deswegen auch nur einmal ausgeführt hatte, sagte ich: "Ruth, Sie können normal weiter ein- und ausatmen." Das war meine erste Erfahrung mit einem Patienten in Trance. Etwas erschreckt, aber nichtsdestotrotz ermutigt durch das bisher Erreichte sagte ich: "Ruth, ich werde Ihnen den Schlauch ganz sanft einführen und Sie werden nicht erbrechen noch werden Sie ihn herauswürfen. Ich führte den Schlauch ein und sagte, während ich mir die krankhafte Veränderung anschaute: "Ruth, das ist nur eine Ösophagitis. Ich nehme eben noch eine Gewebeprobe, aber Sie werden wieder gesund werden." Dann zogen wir beide das Ösophagoskop wieder heraus. Während sie sich bereithielt, wieder auf ihre Station gebracht zu werden, forderte ich sie noch auf, in der Bibel das "Buch Hiob" zu lesen. Jeder Patient, dachte ich mir, sollte sich so "professionell" wie sie verhalten.

Zwei Tage später kam der negative Befund der Gewebeuntersuchung. Sie war noch etwas mitgenommen von den Betäubungsmitteln und konnte bald nach Hause gehen. Zehn Tage später kam sie noch einmal zu einer Nachuntersuchung, die ich wie gewöhnlich zu Demonstrationszwecken aufzeichnete. Sie sagte zu mir: "Dr. Bloom, jedesmal, wenn ich zu Hause Schmerzen spüre, setze ich mich still auf einen Stuhl, denke an die Bibel und an Ihre freundlichen Worte, Herr Pfarrer, äh, ich meine Dr. Bloom. Der Schmerz geht vorüber und ich stehe wieder auf und kümmerge mich um das, was getan werden muß."

Ich lernte hierbei zweierlei. Indem ich mich schon vor der Begegnung mit dieser Patientin mittels Hypnose in die Lage versetzt hatte, ausschließlich patientenzentriert und mit freiem Kopf alles zu sagen, was mir in den Sinn kam, war ich in der Lage, mich mehr und mehr meiner eigenen kreativen Stimme zu öffnen. Meine Reaktion auf die Patientin, die im Nachhinein auf ihren gepackten Koffern saß, gründete natürlich in meinen medizinischen und psychiatrischen Kenntnissen; sie kam nicht aus dem Blauen Dunst sondern ist im Kontext all meiner Lernerfahrungen, meiner Ausbildung und den vorangegangenen

Erfahrungen mit Patienten entstanden. Das zweite, was ich gelernt habe, ist folgendes: Trotz meines Erfolges, diese Patientin im Krankenhaus zu halten, um sie medizinisch untersuchen und von Narkotika entwöhnen zu können, kam ich doch nicht erwarten, daß Bibellesen und Hypnose allein geeignete Techniken für alle Schmerz- oder betäubungsmittelabhängigen Patienten sind. Viel wichtiger erscheint mir, daß ich diesen Ansatz - sich einen offenen Geist zu bewahren und nicht technikabhängig zu werden - wertschätzen und weiterentwickeln muß.

Diskussion

Wie entwickelt man nun einen eigenen Stil der Balance und Offenheit? Wie lernt man, dem zu trauen, was aus dem eigenen Mund kommt? Wie kann man darauf vertrauen, daß das, was herauskommt, auch therapeutisch ist? Da gibt es sicherlich Schritte, die der einzelne unternehmen kann. Der erste Schritt ist meiner Meinung nach, sich Wissen anzueignen. Insgesamt hatte ich nach meinem Medizinstudium 11 Jahre Weiterbildung inklusive Facharztausbildung in Medizin und Psychiatrie. Zählt man den Militärdienst hinzu, so war ich 34 Jahre alt, als ich meine private psychiatrische Praxis eröffnete. Vor kurzem habe ich auch begonnen, Erfahrungen in der Forschung zu sammeln, was mir immer wichtiger wird. Diese Forschungsarbeit zwingt meine klinischen Erfahrungen in eine straffere Form; und gerade weil das in meiner Karriere oft zu kurz gekommen ist, glaube ich, daß jeder davon profitieren kann, wenn er oder sie in kontrollierte Untersuchungen eingebunden ist.

Während der Ausbildung sammeln wir gleichzeitig klinische Erfahrung und Wissen, auf die wir uns in nachfolgenden Fällen stützen können. So fangen wir an, unsere sich entwickelnde Intuition zu verfeinern und ihr immer mehr zu vertrauen. Oft stellen wir fest, daß es sie schon immer gegeben hat, daß sie uns schon immer geführt hat, und daß wir einen bewußten Zugang zu ihr finden können. Unsere eigene Stimme zu finden entspricht der einzigartigen Art und Weise eines jeden, Therapie zu machen; dies läuft darauf hinaus, daß wir uns mit uns selbst, mit unserem eigenen Stil und mit unseren eigenen Interpretationen des klinischen Materials wohlfühlen.

Ich hatte den Vorteil, daß viele Künstler zu mir in die Praxis kamen. Gleichgültig ob sie nun Maler, Musiker, graphische Designer oder Werbetreibende waren, ihnen allen war der gleiche Kampf gemeinsam, ein Künstler zu werden, indem sie ihre Techniken mit ihrer Intuition zu verschmelzen suchten.

Robert Henri, ein amerikanischer Künstler und Autor von "*The Art of Spirit*", sagte seinen Schülern in jedem Jahr: "Macht euch keine Sorgen um eure Originalität. Ihr werdet sie nicht los, selbst wenn Ihr es wollt. Sie bleibt an Euch kleben, im Guten wie im Bösen, egal was Ihr oder irgendjemand tut" (Henri, 1923). "Also", geht es weiter, "schließe Dich keinem Glaubensbekenntnis an, sondern halte dich an die Wahrheit, denn um die geht es." Es ist mir sehr suspekt, daß wir uns selbst als Freudianer, Ericksonianer, Traditionalisten oder was auch immer bezeichnen. Wenn wir uns auf diese Art und Weise mit anderen identifizieren, so glaube ich, verstecken wir unser wirkliches Ich und fliehen vor der eigentlichen Aufgabe, unser eigenes "bestes Selbst" zu werden. Wir müssen unseren eigenen Weg finden, ein Therapeut zu werden. Als junger Berufsanfänger bat ich Milton Erickson um ein bedeutsames Wort, über das ich den Rest meines Lebens nachdenken

könnte, und das Wort, das er mir mitgab, war *"Beobachtung"*. Er sagte, daß ich alle nötigen Informationen, die ich brauche, erhalten kann, wenn ich nur beobachte. Jahre später fragte ich auch Ernest Hilgard nach einem Schlüsselwort und er meinte *"Neugier"*. Er sagte, daß es die Aufgabe eines jeden sei, die Neugier lebendig zu erhalten. Ich schlage vor, Euch selbst einmal zu fragen, was wohl Euer Schlüsselwort ist.

Die eigene Stimme finden beinhaltet auch, Ahnungen zu vertrauen, sich auf die Kreativität der eigenen Interventionen zu verlassen und sie nicht zum Schweigen zu bringen. Wenn ich diese Frau angeschaut und mir dabei gedacht hätte: "Oh, oh, das sieht mir zwar wie Stigmata aus, aber da ich hier in einem großen Unikrankenhaus in einer medizinischen Abteilung bin, ist es heute meine Aufgabe, sie zurück in ihr Bett zu bekommen." Das wäre das Ende dieser Erfahrung gewesen und möglicherweise hätte ich sie auch nicht erfolgreich behandeln können. Man muß wissen, wann man loslassen muß, und darf dabei auch nicht den Prozeß aus dem Auge verlieren.

Geh in Supervision, wenn du Patienten loswerden willst, die Dich einschränken und begrenzen. Bitte Deinen Supervisor, Dir dabei zu helfen, wieder Raum zum Wachsen zu bekommen. Du kannst Dich selbst entdecken, wenn Du Patienten auf Video- oder Cassettenrecorder aufnimmst. Hol Dir von Deinen Patienten Feedback (Groddeck, 1949), um zu erfahren, was du ihrer Meinung nach richtig und falsch machst, und dann kannst Du zu Deinem Ausgangspunkt zurückkehren, an die Stelle, wo unser eigenes Wissen darum zu Hause ist, ein Therapeut zu sein.

Fall 6

Dieses Fallbeispiel ist weder ein Erfolg noch ein Mißerfolg, sondern ein Beispiel für eine großartige Erfahrung gemeinsamer Veränderung, sowohl bei der Klientin als auch beim Therapeuten.³ Ich behandelte eine junge Psychologiestudentin, als ich selbst als soeben niedergelassener Arzt noch in der Psychiatrie-Ausbildung war. Wir arbeiteten an ihrem Kontrollbedürfnis, was ein immer wichtigeres Thema geworden war. Die Therapie hatte recht spielerische Elemente - wir waren beide noch jung und daran interessiert, das herauszufinden, was funktioniert. Eines Tages kündigte sie an: "Nächste Woche habe ich Geburtstag", worauf ich meinte "Oh, wie schön. Warum bringen Sie mir nächste Woche nicht ein Geschenk zu Ihrem Geburtstag mit?" Sie lächelte und stimmte zu. In der darauffolgenden Woche kam sie und sagte: "Ich habe heute ein Geschenk mitgebracht, ich habe Ihnen ein Geschenk für meinen Geburtstag mitgebracht. Ich habe Ihnen zwei Murneln zu meinem Geburtstag mitgebracht. Suchen Sie sich eine aus und nehmen Sie sie."

Wir alle kennen diese klassische Geschichte zur Illustration der Double-Bind-Theorie in der schizophrenen Kommunikation, die Geschichte von der Mutter, die ihrem Sohn ein blaues und ein rotes Hemd schenkt. Sie schickt ihn nach oben, um sie anzuprobieren, und er zieht das rote an. Seine Mutter fragt ihn dann: "Was stimmt mit dem blauen Hemd nicht - Du magst das blaue Hemd wohl nicht?" Solche Gedanken gingen mir durch den Kopf und noch einige mehr. Welche Murnel sollte ich nehmen? Ich erfuhr dann eine tiefe Stille in mir, eine Stille, die mich ganz umhüllte und all mein Denken verlangsamte. Als ich wirklich ganz ruhig war, bemerkte ich, wie mein Arm sich ausstreckte, beide Murneln nahm und sie beide in meinen Mund steckte. Ich sagte: "Sie haben mir ein Geschenk zu

3 Dieses Beispiel habe ich schon in einem früheren Beitrag erwähnt (Bloom, 1990).

Ihrem Geburtstag mitgebracht, zwei Murneln, und Sie wollen, daß ich mir eine davon nehme. Jetzt habe ich zwei Murneln in meinen Mund. Was tun Sie jetzt?"

Wir fingen beide an zu lachen, ein Lachen aus dem Bauch heraus, direkt aus dem tiefsten Inneren. Während wir so lachten, hatte sie dennoch soviel Realitätssinn zu sagen: "Bitte, nehmen Sie die Murneln aus dem Mund, Sie werden noch ersticken." Und das war wirklich ein guter Rat! Ich nahm die Murneln heraus, legte sie beiseite und wir lachten noch eine ganze Weile weiter. Zum Ausgleich verbrachten wir den Rest der Stunde und jede Stunde in den nächsten zwei Wochen damit, diese Erfahrung aus Sicht aller uns bekannten Psychotherapietheorien zu reflektieren. Natürlich haben wir mit der Psychoanalyse angefangen und kamen über die Verhaltenstherapie bis zum Zen. Die kognitive Therapie stand noch in ihren Kinderschuhen. Ich glaube, mittlerweile gibt es über 400 verschiedene Psychotherapien, und wir deckten davon bestimmt 200 ab. Es war eine tolle Erfahrung. Ich habe die Murneln immer noch irgendwo zu Hause. Von diesem Punkt an hatte keiner von uns noch irgendwelche Schwierigkeiten mit dem Thema Kontrolle. Es hat sich zwischen uns aufgelöst. Unsere Arbeit wurde einfacher und glatter. Fünfundzwanzig Jahre später kam sie, nun selber eine erfahrene Psychologin, zu einer Konferenz in unsere Klinik. Ich nahm sie beiseite und sagte ihr, daß ich unsere Erfahrung aufgeschrieben hätte und gab ihr ein Exemplar. Ich fragte sie, ob sie sich noch an diesen Tag erinnere, worauf sie meinte: "Ich habe nicht ein einziges Wort davon vergessen, was wir beide gesagt haben. Dieser Tag hat mich die ganzen Jahre über begleitet." Und genauso war es auch bei mir.

Dieser plötzliche, unerwartete Ausdruck Deines therapeutischen Selbst ist - vor dem Hintergrund guter Ausbildung und dem Zugang zu den eigenen intuitiven Seiten - reine Freude. Endlich kennst Du die Art und die Ausdrucksweise Deiner eigenen, wahren Stimme, fühlst Dich als Therapeut intakt und kannst einen kurzen Blick auf die Kunst der Therapie erhaschen.

Abschließende Bemerkung

Im Laufe der Zeit und mit dem Blick auf die eigenen Fehler und Erfolge kann ein Therapeut seine eigene Stimme finden, jene einzigartige Kombination von Wissen und intuitiven Einsichten, die in kreativen therapeutischen Interventionen miteinander verschmelzen. Unsere Stimme finden und ein Therapeut werden entspricht dem Weg, ganz wir selbst zu werden. Nur dann können wir uns auch wirklich ganz verwirklichen (Felder, 1991).

Ein Therapeut zu werden bedeutet, in Deiner Arbeit einen Ausdruck für Dein gesamtes Selbst zu finden. Wenn wir uns durch unsere Fehlschläge bei Patienten beschränken und begrenzen lassen, oder wenn wir uns an Techniken klammern, die einmal bei einem anderen Patienten funktioniert haben, machen wir uns selber klein; und was können wir unseren Patienten dann anbieten?

Wir sollten unseren Weg zu unserem vollständigen Selbst freihalten von den Hindernissen, die sich aus unseren Mißerfolgen und dem verführerischen Reiz unseres Erfolges aufbauen, so daß wir unserer künstlerischen Stimme, die schon immer in uns war, erlauben können hervorzukommen und zu spielen. An diesem Punkt schmelzen Erfolg und Mißerfolg dahin und wir spüren, daß wir in unserer Arbeit auf eine neue und kreative Art und Weise effektiv sind. Wir nähern uns unserer Arbeit jedesmal von neuem "in einer

Vielzahl von Möglichkeiten" an, als Spiegel dessen, was wir sind. Die Essenz daraus ist, daß wir sagen können, wir haben unsere Stimme gefunden und sind zu dem Therapeuten geworden, der zu sein wir uns schon immer gewünscht haben.

Literatur

- Bloom, P. B. (1990). The creative process in hypnotherapy. In M. L. Fass & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A festschrift for Erika Fromm*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Felder, R. E. (1991). *Existential psychotherapy: A symphony of selves* (pp. 164). Lantham, NY: University Press of America.
- Griffith, S. B. (Translated, 1963). *Sun Tzu: The art of war* (pp. 100). London: The Oxford University Press.
- Groddeck, G. W. (1949). *The book of the it* (pp. 262). London: Vision Press Limited. (Authorized translation of *Das Buch vom Es* by V. M. E. Collins; Wien: Psychoanalytischer Verlag, 1923).
- Henri, R. (1923). *The art of spirit* (pp. 284). New York: Harper & Row.
- Reps, P. (o.J.). *Zen flesh, zen bones: A collection of Zen and pre-Zen writings*. Rutland, Vermont: Anchor Books, Charles E. Tuttle Company.

Abstract: *Psychotherapists from every discipline bring common longings to their craft: the need to feel competent, effective, and centered when working with patients and clients. Clinicians who choose to become therapists must repeatedly reappraise their development by examining their successes and failures to ascertain the nature of their evolving knowledge and skill. During the process of becoming a therapist, there appears a personal style, interpretation, and coloring in the clinician's work that is unique to him or her. Finding this voicing of our work and letting it lead our efforts to combine knowledge and intuition in the clinical setting is a worthy struggle. This paper will examine ways to facilitate finding one's voice. In developing our access to this creative and natural sense of ourselves, we must be alert to our own observations while keeping our curiosity alive. As we gain confidence in using ourselves in this new context of knowledge and experience, we may find we have returned to where we started and are comfortably practicing the Art of Therapy.*

Keywords: *art of therapy, intuition, training, hypnosis, hypnotherapy*

Peter B. Bloom, M.D.
Institute of Pennsylvania Hospital
111 North 49th Street
Philadelphia, PA 19139
USA

Minimale Hinweisreize im diagnostischen und therapeutischen Prozeß

Camillo Lortiedo ¹

Zusammenfassung: *Als minimale Hinweisreize sind jene scheinbar trivialen und irrelevanten Verhaltensformen anzusehen, die auf einen bestimmten Zustand oder inneren Prozeß schließen lassen. Üblicherweise werden sie von ungebildeten Personen nicht als solche angesehen, aber sorgfältige Beobachtung zeigt klar die Beziehungen zwischen diesen Hinweisen und bedeutsamen inneren Verhaltensreaktionen auf. Aufmerksam sein für minimale Hinweisreize und für die feinen Veränderungen im Verhalten des Patienten ist möglicherweise der beste Indikator für die Erfahrung und Effektivität eines Therapeuten. Intuition, Voraussicht und klinische Fertigkeiten sind das Ergebnis eines guten Trainings im Beobachten minimaler Anzeichen beim einem geübten Patienten. Auch der hypnotische Rapport wird als gegenseitige Sensibilität für die jeweiligen minimalen Hinweisreize sowohl des Patienten wie auch des Therapeuten angesehen. In diesem Artikel werden zunächst einige Ratschläge angeboten, wie man unterschiedliche Arten von minimalen Hinweisreizen erkennt, und dann einige mehr allgemeine Richtlinien für ihre Verwendung in der Hypnotherapie.*

Einführung

Bei allen psychotherapeutischen Ansätzen ist eine allgemeine Tendenz festzustellen, bestimmte, für die Lebensgeschichte des Individuums besonders bedeutsame Lebensereignisse und Fakten zu eruieren. Diesen Ereignissen wird gewöhnlich ein beträchtlicher Erklärungswert in Bezug auf das Verhalten beigemessen und/oder sie werden als Grund dafür angesehen, warum Probleme und Krankheitssymptome im Laufe des Lebens auftreten. Der wichtigste Beitrag von Milton H. Erickson und der von Hypnose im allgemeinen ist meiner Meinung nach jedoch darin zu sehen, daß den kleinen, scheinbar unbedeutenden Details und Hinweisreizen Aufmerksamkeit geschenkt wird. Diese haben tiefgreifenden Einfluß und können enorme und oft unerwartete Veränderungen im Leben einer Person bewirken. Hypnose hat wegen ihrer spektakulären Effekte schon immer die Phantasie der Menschen beschäftigt; durch die Dramatik mancher Trancephänomene sind allerdings auch eine Reihe ernsthafter Mißverständnisse über die Vorgänge in der Hypnose entstanden. Ich bin der Überzeugung, daß das Wesen der hypnotischen Trance eher mit kleinen, minimalen Dingen zusammenhängt, und daß eben diese signifikante Unterschiede in der Reaktion bewirken. Um die Wirksamkeit von Hypnose zu erhöhen, darf man sich von den dramatischen Effekten, die in manchen Trancezuständen auftreten, nicht zu sehr beein-

¹ Übersetzung aus dem Englischen von Angelica Müller