

Psychodynamik und Hypnotherapie: Fühlen, Denken, Helfen

Eine persönliche Perspektive

Klaus-D. Hüllemann

1. Einleitung

Die Psychoanalyse Freuds ist das erste und umfassendste Gesamtkonzept der Seele (Kernberg, O. 2006). In Deutschland hat sich aus der Psychoanalyse die psychodynamische Psychotherapie entwickelt als Praxis bezogenes Modell, das zu der am meisten von den Krankenkassen anerkannten Behandlungsform zählt bei Neurosen und psychosomatischen Störungen.

Da die Psychoanalyse die theoretische Grundposition für die Psychodynamik bestimmt, werden im Beitrag an geeigneten Stellen die Begriffe Psychodynamik und Analyse nicht streng getrennt.

Die Krankenkasse verlangt vor der Kostenübernahme ein Gutachten, das ein von der Kasse benannter Gutachter positiv bewerten muss. Der Therapeut muss die psychodynamisch nachvollziehbare und verständliche Entwicklung der Störung beschreiben. Damit die Beschreibung erfolgreich ist für eine positive Beurteilung durch den Gutachter, wird das Gutachten im allgemeinen so abgefasst, als ob das psychodynamische Erklärungsmodell auf dem relativ abgesicherten Boden naturwissenschaftlicher Erkenntnis stünde, und die seelische Störung nur auf diese Weise wahrheitsgemäß abgebildet werde als verbindliche Grundlage für die Therapie. Das hat eine Nebenwirkung zur Folge. Der Therapeut, der das Gutachten abfasst, überzeugt auch sich selbst, dass die Störung so und nur so zu erklären sei. Er büßt Kritikfähigkeit ein - keine Fessel ist stärker als die eigene Überzeugung.

Auch wenn die wissenschaftliche Datenlage zur Psychodynamik erheblich ausgebaut werden muss, ist die psychodynamische Betrachtungsweise doch auf vielen Feldern der praktischen Psychotherapie hilfreich und nützlich. Beginn und Entwicklung

Hypnose-ZHH 2009, 4(1+2), 189-206

Klaus-D. Hüllemann, Universität München

Psychodynamik und Hypnotherapie: Fühlen, Denken, Helfen

These: Die Psychodynamik hat sich in Deutschland aus der Psychoanalyse entwickelt zu einem auf die Praxis bezogenem Verfahren. Es ist die am meisten kassenfinanzierte Behandlungsform bei psychischen Störungen. Der Blick geht in die Vergangenheit. Die pathogenetische Ausrichtung führt zur Defizienzorientierung mit kriegerischen Metaphern. Die Idee der Übertragung ist nur noch haltbar als Beachtungshinweis für die subjektiven Einflüsse, vor allem jene, die vom Therapeuten ausgehen. Psychodynamik unterstützt das Verstehen. Ihre Argumente und ihre Begrifflichkeit sind dienlich für erfolgreiche Begutachtungen. Hypnotherapie blickt in die Zukunft. Die Ausrichtung ist salutogenetisch, Ressourcen orientiert und auf professionell ausgebildete zwischenmenschliche Beziehung. Die Ausbildung in suggestiven Techniken ermöglicht, diese Techniken indiziert, dosiert und kontrolliert einzusetzen in einer warmherzigen und achtungsvollen Beziehung auf Augenhöhe. **Darlegung der These:** An Hand des persönlichen psychotherapeutischen Werdeganges von über 40 Jahren werden die Erfahrung mit den Psychotherapieausbildern, mit den Lehrmeinungen und mit der praktischen Umsetzung beschrieben und vor dem Hintergrund der Literatur diskutiert. **Standpunkt des Autors:** Die Realität des psychodynamischen Ansatzes für die kassenfinanzierte Psychotherapie wird anerkannt, ebenso die Nützlichkeit von Theorie und Begrifflichkeit für Begutachtungen. Eine ungünstige Nebenwirkung auf den Therapeuten ist vermeidbar, wenn die Psychodynamik nicht zur Flexibilitätsfessel wird. Die Defizienzorientierung schadet der Beziehung. Die Ressourcen orientierte Hypnotherapie wird bevorzugt wegen ihres Menschenbildes, das sich nach den Chancen und Möglichkeiten des Menschen ausrichtet, und wegen ihrer praktischen Umsetzbarkeit. Meine Gesamtansicht geht von einem Zwiebelschalenmodell aus, das den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit begreift mit geistigen Fähigkeiten und (bei vielen Menschen) dem Bedürfnis nach Transzendenz. **Folgerungen:** Psychodynamik und Hypnotherapie werden um die der Hypnotherapie nahe stehende systemische Sichtweise ergänzt und für die Praxis interpretiert als Einfühlen und Verstehen (psychodynamisch), Bedenken (systemisch) und Helfen (hypnotherapeutisch suggestiv intervenieren).

Schlüsselwörter: Psychodynamik, Hypnotherapie, Lehranalyse, Übertragung, Metapher, Ressource, Utilisation

Psychodynamic therapy and hypnotherapy: Empathy, thinking, support

Background: In Germany one variant of psychoanalysis is called psychodynamic therapy which has a more direct approach to practical issues. This kind of psychotherapy is the one most frequently paid for by the public health insurance system. Psychodynamic therapy focuses on the past and on current deficiencies, using warlike metaphors. The therapist must be aware not only of what the patient communicates to him but also of what and how he communicates to the patient. Psychodynamic therapy helps the patient to better understand some of his most profound psychological problems. This kind of approach for instance has also been useful in the context of forensic psychology. Hypnotherapy focuses on the future, on resources and professional human relationship. The training in hypnotic techniques enables the therapist to use these techniques in more responsible ways and to control the effects in a warm-hearted atmosphere on an equal level. This is mindful communication. **Development of the subject:** In the light of his personal psychotherapeutic career of more than 40 years the aut-

hor describes his experiences with teachers of psychotherapy, with psychotherapeutic expert opinion and the problem of transfer into practical work. **Author's point of view:** Psychodynamic therapy is recognized as the health insurance companies' favorite kind of psychotherapy for psychosomatic and neurotic disorders. The therapist's flexibility can compensate for its limitations. The focus on deficiencies, however, is harmful to the process of communication. I prefer hypnotherapy because it focuses on resources. The essence of my point of view is a kind of onion skin model, more precisely a bio-psychosocial model, considering mankind as having spiritual capabilities and a need for transcendence. **Conclusions:** Psychodynamic psychotherapy can enrich hypnotherapy and vice versa and both can profit by including systemic aspects. To put psychodynamic and hypno-systemic therapy to practice means: to better understand the patient (psychodynamic), to think more profoundly about the patient and his environment (systemic) and to help the patient out of his illness more effectively (hypnotherapeutic and suggestive intervention). (Chr. Kraiker)

Keywords: psychodynamic psychotherapy, hypnotherapy, training in psychoanalysis, communication, metaphors, resources, utilization.

Psychodynamique et hypnothérapie: Sentir, penser, aider

Thèse: La psychodynamique s'est développée en Allemagne à partir de la psychanalyse pour devenir un procédé orienté vers la pratique. Elle représente la forme de thérapie pour les troubles psychiques le plus souvent remboursée par les caisses. Le regard y est porté sur le passé. Cette vision dirigée sur la pathogénèse engendre une orientation sur les déficits avec des métaphores guerrières. L'idée du transfert n'a de justification qu'en tant qu'indication de porter l'attention sur les influences subjectives, surtout sur celles qui partent du thérapeute. La psychodynamique encourage à comprendre. Ses arguments et sa terminologie sont utiles pour des expertises réussies. L'hypnothérapie, elle, regarde en avant. Son orientation est salutogénétique, elle mise sur les ressources. Elle est réservée à des relations interhumaines formées de manière professionnelle. La formation en techniques suggestives permet de mettre ces techniques en œuvre de manière ciblée, dosée et contrôlée, ceci dans le cadre d'une relation chaleureuse et respectueuse, basée sur un pied d'égalité. **Exposé de la thèse:** À partir du parcours psychothérapeutique personnel sur 40 ans de l'auteur, discussion des expériences faites avec les formateurs en psychothérapie, avec les théories et leur application pratique, en se fondant sur la littérature. **Point de vue de l'auteur :** Il reconnaît la réalité de l'approche psychodynamique pour la psychothérapie financée par les caisses tout autant que l'utilité de la théorie et de la terminologie à des fins d'expertise. Un effet secondaire pernicieux sur le thérapeute peut être évité si la psychodynamique ne devient pas une entrave pour sa flexibilité. L'orientation vers les déficits nuit à la relation. L'hypnothérapie orientée vers les ressources lui est préférée à cause de sa vision de l'homme qui s'axe sur ses chances et ses possibilités et à cause de la faisabilité de la mettre en œuvre. Ma vision générale se fonde sur un modèle en «pelure d'oignon» qui comprend l'être humain en tant qu'unité bio-psycho-sociale avec des capacités intellectuelles et (pour beaucoup de personnes) un besoin de transcendence. **Conclusions:** La psychodynamique et l'hypnothérapie trouvent leur complément dans la vision systémique proche de l'hypnothérapie, et pour la pratique elles sont interprétées comme empathie et compréhension (psychodynamique), comme considération (systémique) et comme aide (intervention hypnothérapeutique suggestive). (J.P. Zindel)

Mots clés: psychodynamique, hypnothérapie, analyse didactique, transfert, métaphore, ressource, utilisation

Psychodynamik und Hypnotherapie

von Störungen werden dem Einfühlungsvermögen und dem Verständnis wie in einem Film anschaulich. Chronifizierungen werden deutlicher erkennbar.

Psychodynamik hat eine anerkannte Begrifflichkeit entwickelt. Bei Gerichtsverfahren, besonders bei strittigen Berentungen, hat sich für mich bisher immer das psychodynamische Modell als erfolgreiche Argumentationsgrundlage bewährt.

Wenn durch Psychodynamik das Verstehen der inneren Beweggründe des Patienten gefördert wird, dann müssen auch die äußeren Einflüsse von Familie, Arbeitswelt und sonstigen Umweltbedingungen mitbedacht werden. Jeder Patient ist der Eingeborene seiner Gesellschaft und seiner sonstigen Umweltbedingungen. Scheinen doch die Fachleute sich einig zu sein, dass erfolgreiche Therapie zu 40% von Umwelteinflüssen abhängt (wie neue Partnerschaft, günstige berufliche und soziale Entwicklung). Nur 15% werden der Methode (z. B. Psychodynamik oder Hypnotherapie) zugeschrieben. Aber 30% gehen zurück auf eine förderliche zwischenmenschliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

Gute Kommunikation und zwischenmenschliche (therapeutische) Beziehung auf Augenhöhe scheint am besten zu gelingen in einem Ressourcen orientierten Verfahren, das die Stärken des Patienten aufspürt und nützt, das vermeintliche Schwächen in einen anderen Rahmen stellt (reframing) und Klagen (Symptome) zu Stärken entwickelt (utilisieren). Hypnotherapie als Verfahren setzt auf die Ressourcen des Unbewussten und auf die Potenziale, die sich aus unterschiedlichsten Angeboten des Patienten entwickeln lassen.

Psychodynamik als Verstehen und als Einfühlen und Hypnotherapie als (professionell suggestives) Intervenieren können aufeinander aufbauen. Zwischen Psychodynamik und Hypnotherapie besteht aber nicht nur der wenig Leidenschaft hervorrufende Unterschied von Blick in die Vergangenheit (Psychodynamik) und Blick in die Zukunft (Hypnotherapie), sondern ein nahezu Leidenschaft entfesselnder Unterschied in den typischen Metaphern der beiden Methoden. Die psychodynamischen kriegerischen Metaphern von Krankheit, die bekämpft werden muss wie das Böse, wurzeln in den frühen Körpererlebnissen von Schmerz und Leid. Psychodynamik sucht das Krankmachende ausfindig zu machen, das überwunden werden soll. Hypnotherapie dagegen sucht das Gesundmachende zu entwickeln. Das ist der Unterschied von Pathogenese und Salutogenese. Auch wenn Pathogenese und Salutogenese je nach den Phasen im Befinden des Patienten flexibel als Begründung für Therapie und Beratung eingesetzt werden können, scheint diese Flexibilität zumindest bei den Anhängern der Psychodynamik stark eingeschränkt zu sein. Die Fokussierung auf das Krankmachende, das Böse, wirkt sich auf die Ausstrahlung, den Ausdruck und das gesamte Erscheinungsbild einiger Psychotherapeuten aus, die sich streng an die psychodynamisch-psychoanalytische Lehre anlehnen. Der Kardiologe Halhuber charakterisierte das treffend in Abwandlung eines Zitats von Nietzsche: „Ach, sähen die Analytiker doch erlöster aus“ (Nietzsche hatte von Christen gesprochen). Dahingegen geben sich nach meiner Erfahrung Hypnotherapeuten flexibler, sind sie doch eher auf Hoffnung, auf

Klaus-D. Hüllemann

das Gute, gepolt. Ihre therapeutischen Geschichten und Metaphern wirken befreiend. Köstliche Bücher über Humor in der Therapie wurden von Hypnotherapeuten geschrieben.

Wenn im Folgenden Psychodynamik und Hypnotherapie behandelt werden, so geschieht das weniger in einem wissenschaftlichen auf Objektivierung bedachten Vergleich der beiden Verfahren. Die Verfahren selbst sind nicht einheitlich definiert. In der Analyse gibt es u.a. die Englische, die Wiener, die Amerikanische und die Französische Schule. Wie viel leichter hat es da die Organmedizin. Die Kardiologie ist in Diagnostik und Therapie nahezu identisch in Tokio, Rom, Chicago oder Hildesheim.

Psychodynamik und Hypnotherapie werden aus dem persönlichen Erleben geschildert. Es ist mein psychotherapeutischer Werdegang in über 40 Jahren. Ich bin Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Innere Medizin. Während der meisten Jahre habe ich überwiegend organmedizinisch gearbeitet, immer auch unter Beachtung psychotherapeutisch angehabter Situationen. Seit einigen Jahren hat sich das Verhältnis umgekehrt zugunsten der Psychotherapie. Ich stelle psychodynamische Behandlungsanträge entsprechend dem Gutachterverfahren der Krankenkasse. Mein praktisches Vorgehen in der Therapie lässt sich mit drei Worten beschreiben, die aus Psychodynamik, systemischer Sichtweise und Hypnotherapie abgeleitet wurden: Einfühlen, bedenken, helfen.

2. Das Böse

Die Grundannahme gestaltet die Methode. Methoden sind Gebrauchsanweisungen. Der in Stanford, USA, lehrende Wiener Kybernetiker H. v. Foerster gab dazu am Beispiel der Chaostheorie folgende Erklärung: Die Theorie des Chaos sei eigentlich eine Theorie des Kosmos. Aber Kosmos kaufe niemand von den Journalisten und Bücherschreibern. Chaos, das sei verkaufbar. Und die Theorie sei im Grunde eine Gebrauchsanweisung: so solle man die Dinge sehen und behandeln. Letztlich sei das Ethik, die eben auch eine Gebrauchsanweisung sei. Ich möchte in Bezug auf die psychotherapeutische Theorie hinzufügen: „Die Gebrauchsanweisung formt auch die Gestalt und den Gesichtsausdruck sowie die Sprechweise der Personen, die diese Theorie vertreten.“ Schärfer formuliert: „Jede Theorie sieht so aus wie ihre Repräsentanten.“

Ich beginne mit meiner psychotherapeutischen Ausbildung, den Ausbildern und zu welchen Überlegungen und Schlussfolgerungen ich durch die Methoden und deren Lehrer angeregt wurde.

2.1 Psychotherapie als ärztlicher Zusatztitel

Ich war die Nummer vier. Mein Doktorvater in Heidelberg, W. Bräutigam, bemühte sich seit Ende der 1960er Jahre, dass der Fachtitel „Psychotherapie“ in die ärztliche Berufsordnung aufgenommen werde. Es gab für dieses Fachgebiet noch keine anerkannte Ausbildung für Ärzte. Bräutigam hatte eine Liste aufgestellt für mögliche ärzt-

Psychodynamik und Hypnotherapie

liche Ausbildungskandidaten. Als dann die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ vom Ärztetag beschlossen wurde (als Zusatz, ähnlich der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“, zu den verschiedenen Facharzt Disziplinen wie Internist, Chirurg, Frauenarzt, Augenarzt usw.), orientierte sich das Ausbildungscurriculum streng an der Freudschen Psychoanalyse. Die Ausbildungskandidaten mussten sich einer Lehranalyse unterziehen. Erst einige Jahre später wurde für den kleinen Zusatztitel „Psychotherapie“ die Lehranalyse als Pflicht abgeschafft. Für den großen Zusatztitel „Psychoanalyse“ wird auch heute noch die Lehranalyse verlangt.

2.2 Lehranalyse

Nosce te ipsum, erkenne dich selbst, diese alte Weisheit könnte die weise Grundlage der Lehranalyse sein. Die Selbsterkenntnis ist dann nicht nur Selbstzweck, sie dient auch der Diagnostik und der Therapie. Der Lehranalysant soll erkennen lernen, welches seine eigenen Hintergrundgefühle sind, die die Äußerungen des Patienten einfärben. Bildlich gesprochen, der Lehranalysant soll lernen, durch welche Brille er schaut.

Es liegt in der Natur des Menschen, das zu erkennen, was er erkennen will. Dabei täuscht er sich immer wieder. Wichtig ist, die Täuschung frühzeitig zu erkennen durch einen inneren Suchscheinwerfer.

Der Philosoph Karl Popper (1994, S. 138) schildert seine Täuschung, als er auf einer Bergtour im Nebel eine bestimmte Scharte suchte: „Und natürlich glaubte ich, die lang gesuchte Scharte endlich gefunden zu haben. Aber als ich näher kam, war ein Felsblock auf dem Eisfeld, und der Felsblock hatte dazu geführt, dass das Eis eingesunken war und eine Mulde bildete. Diese hatte ich fälschlicherweise als gesuchte Scharte interpretiert.“ Diese Geschichte lehrt zwei Dinge. Erstens: Am eigenen Leib Erlebtes bildet (häufig) das Modell, auf das wir unsere verallgemeinernden Interpretationen aufbauen. Zweitens: Unsere Ziele und unsere Wertvorstellungen filtern unsere Wahrnehmung. Popper schreibt: „Unser Wahrnehmungswissen ist geleitet nicht nur von dem, was in uns anatomisch und physiologisch eingebaut ist, die Art, wie unser Gehirn alles filtert und, sagen wir, integriert. Es ist vor allem auch immer wieder geleitet von unseren Zielen und Absichten.“ Und weiter: „Ich nehme nicht wahr in dem Sinn, dass meine Wahrnehmung so etwas wie eine Photographie ist. Ich bin aktiv und suche, und indem ich suche, interpretiere ich gewisse Dinge in gewisser Weise und manchmal durchaus nach den Zielen oder Wünschen, die ich eben verfolge.“

In konstruktivistischer Diktion kann man das Phänomen des interpretierenden Wahrnehmens ähnlich formulieren: Kameras sind blind, Augen sehen. Anatomische Augen können nicht erkennend sehen. Augen, die „zum Schauen geboren, zum Sehen bestellt“ sind, sehen, was sie während ihrer biographischen Entwicklung erlebt und gelernt haben. Das kann sich auf ganz konkrete Dinge beziehen, wie ein Röntgenbild. Ungeübt, sieht man Schatten, Halbschatten und Aufhellungen. Der Erfahrene sieht auf einen Blick die Erweiterung und Verlängerung der Hauptschlagader, das Hochdruckherz.

Klaus-D. Hüllemann

Unsere Augen, unser Gehirn, d. h. wir versuchen immer einen Sinn zu erkennen in allem, was als Lichteinfall durch die Augen(-Linse) auf die Netzhaut fällt. Die technische Sichtweise ist physikalisch bei allen Menschen annähernd gleich. Auch im Oberflächenerkennen gibt es kaum Unterschiede. Der Berg wird überall als Berg gesehen, das Wasser als Wasser, das Feuer als Feuer. Anders, wenn sich die Gretchenfrage stellt: „Wie hältst du’s mit der Religion,“ also mit den Grundüberzeugungen?

Die zwischenmenschliche Beziehung steckt voller Gretchenfragen, die Patient-/Therapeutbeziehung auch. Die Lehranalyse soll helfen, nicht nur über die Antworten der eigenen Gretchenfragen sich klar zu werden. Die Lehranalyse soll auch die Reflexion schulen, wie die eigene Grundhaltung und Sichtweise den Diagnostikprozess und die Therapie „unbewusst“ beeinflussen können. Es geht um den souveränen Umgang mit den inneren Regungen, die der Patient im Therapeuten auslöst, die er „überträgt.“

Darüber hinaus sollte die Lehranalyse dem angehenden Therapeuten ein verbessertes Verständnis dafür vermitteln, wie dem Patienten zu Mute ist, wenn alte verdrängte Inhalte ins Bewusstsein steigen, wenn das Innere aufgewühlt ist, wenn das eigene Innere quält.

Durch die Lehranalyse sollte der Auszubildende zur therapeutischen Persönlichkeit reifen. Wann das Lehranalyseziel erreicht ist, bestimmt wesentlich der Lehrtherapeut. H. Stierlin (2001, S.160) berichtet, dass 1962 in den USA für eine lege artis durchgeführte Psychoanalyse im Durchschnitt 730 50-Minuten-Sitzungen notwendig gewesen seien. Auch wenn heute für die gängige Lehranalyse nur 300 bis 500 Stunden anzusetzen sind, ist das ein Aufwand, der durch keine wissenschaftliche Untersuchung bezüglich besserer Therapieergebnisse gerechtfertigt ist. Das lange Abhängigkeitsverhältnis des Analysanten vom Lehranalytiker gleicht einer Dressur auf die wahre Lehre. Kritische Entwicklungen finden keinen Raum. Dagegen kann ein enges, jedoch nicht einengendes Lehrer-Schüler-Verhältnis wertvolle Impulse setzen für die eigene Entwicklung als Psychotherapeut. Viele führende Mitglieder der Milton Erickson Gesellschaft haben den Meister Erickson in Phönix, Arizona, besucht und von ihm gelernt. Orthodoxe Ericksonianer sind nicht entstanden. Die Schüler haben die Methode und sich selbst weiter entwickelt.

Wenn die Lehranalyse heute nur noch für Psychoanalytiker Bedeutung hat, so ist das Phänomen, das Freud Übertragung und Gegenübertragung nannte, weiterhin für Psychotherapeuten unterschiedlicher Schulen relevant und sollte differenziert beachtet werden.

2.3 Übertragung, das vieldeutige Phänomen

Die zentrale Fragen für den Therapeuten heißen: „Was löst der Patient in mir aus? Welche Gefühle? Welche Sympathien? Welche Antipathien? Was spricht mich an? Was langweilt mich?“ Letztlich wird hier ein Grundphänomen menschlicher Kommunikation angesprochen. Doch das Phänomen gibt zu unterschiedlichen Interpretationen Anlass. Freud hat Übertragung und Gegenübertragung kanonisiert.

Psychodynamik und Hypnotherapie

2.3.1 Übertragung und Gegenübertragung bei Freud

Stierlin (2001, S. 159) fasst das „Herzstück der psychoanalytischen Beziehung und Kur“ wie folgt zusammen: „Die Übertragung ergibt sich,“ so Freud, „vom Anfang an bei Patienten und stellt eine Weile - d. h. solange sie positiv ist und sich noch nicht zu Widerstand wandelt – die stärkste Triebfeder der Arbeit dar.“ Hat sie sich aber gewandelt, gilt es sie zu überwinden. „Und wir überwinden sie, indem wir dem Kranken nachweisen, dass seine Gefühle nicht aus der gegenwärtigen Situation stammen und nicht der Person des Arztes gelten, dass sie wiederholen, was bei ihm bereits früher einmal vorgefallen ist.“ Der Arzt muss nun seine eigene Übertragung, genannt „Gegenübertragung“, erkennen, reflektieren und kontrollieren (wie er es in der Lehranalyse gelernt hat), das heißt konkret, er muss sich strikt abinent, neutral und verschwiegen verhalten.

Diese hehren Überlegungen sind dazu angetan, die Psychoanalytiker zweimal auf den Holzweg zu schicken. V. Kast (2001, S.155) führt dazu aus: „Freud sah die Übertragung als Wiederholung der Vergangenheit: Alte Wünsche und Gefühle werden dabei wieder belebt und verzerren die Realität der gegenwärtigen Beziehung. Heute wird Übertragung eher verstanden als Reaktivierung von Interaktionsmustern aus der Kindheit, von Organisationsmustern, von Organisations schemata, von komplexen Beziehungen – je nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schule anders benannt -, die sich in der therapeutischen Beziehung konstellieren.“ Und dann ein wesentlicher Satz: „Dabei gelten die Übertragungen als wesentlich vom Analytiker mitbestimmt,“ denn, so Kast: „Der Analytiker als Mensch, mit seinem Weltbild, Menschenbild, seinen Problemen und Ressourcen“ steht „in dieser Wechselwirkung. Die Idee vom Therapeuten ‘als objektivem Spiegel’ kann [...] nicht mehr aufrechterhalten bleiben [...] auch nicht die Definitionsmacht des Analytikers [...] darüber, was real und verzerrt ist. [... E]ine der wichtigsten Interventionen, das Deuten, [wird] fragwürdig.“

Freud geht bei dem für ihn zentralen Phänomen der Übertragung von seiner Grundannahme aus, die nur heißen kann: Das Böse besiegen. Er spricht beim Übertragungsgeschehen in kriegerischen Metaphern, von Kampf und Schlachtfeld, „auf welchem sich alle miteinander ringenden Kräfte treffen sollen.“ (zit. n. Stierlin 2001, S. 159 ff). Mit Stierlin kann man Freud unterstellen, er lasse sich von einer puritanischen Werteethik leiten.

Freuds Kampfmetaphern schleichen „Auf leisen Sohlen ins Gehirn“ (Lakoff, G., Wehling, G. 2008), denn: „Wir wissen heute,“ so Lakoff (S. 14), „dass Metaphern nicht nur ein Aspekt der Sprache sind, sondern dass sie einen erheblichen Teil unsere Wahrnehmung strukturieren. Wir denken, sprechen und handeln in Metaphern.“ Nach Lakoff sind Metaphern physische Strukturen, die sich in den jeweiligen Gehirnen unterschiedlich ausgebildet haben und so die Programme für unterschiedliches Denken und Handeln vorgeben.

Die Fokussierung auf das Pathologische hat bei manchen Analytikern zu einem

Klaus-D. Hüllemann

Eintrüben des Blickes für Gesundes und Normales geführt, wie bei Rilkes (1955, S. 46) Panther im Jardin des Plantes, Paris: „Ihm ist, als ob es tausend“ (pathologische) „Stäbe gäbe und hinter tausend Stäben keine Welt.“ Die Welt von Gesundheit und Normalem scheint nicht zu existieren. Das Bild des Panthers im Käfig kann zusätzlich für die gehemmte Aggression stehen, die ich manchen Analytikern in meiner Gegenübertragung unterstelle.

Fürstenau (2001, S.92 ff) beschreibt treffend den so formulierten analytischen Käfig, wenn er auf „abwertenden Eigenschaftsbeschreibungen [...] (Defizienzorientierung)“ hinweist, die in der Analyse zu „stagnierenden und malignen Behandlungsverläufen“ führen können: „Die psychoanalytische Diagnostik ist entgegen dem Wortsinne, der eine ‚Durch-und-durch-Erkenntnis‘, das heißt eine ganzheitliche Erkenntnis unter dem Gesichtspunkt von Therapie meint, einäugig: Sie lehrt die Therapeuten nur die pathologische Seite des Patienten klar und deutlich zu sehen, auf dem anderen Auge ist sie blind und übersieht die gesunden Ich-Anteile und persönlichen Ressourcen der Patienten.“

Neuere psychodynamische Konzepte, wie Lettners (2007) „Objektgestützte Psychodynamische Psychotherapie“ und die jüngst erschienenen „Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ (Jaeggi, E., Riegels, V., 2008) öffnen sich für Techniken anderer Therapieschulen. Die Intervention mit diesen Techniken ist insofern undogmatisch, als sie sich auf den Einfluss des methodischen Anteils bezieht. Doch die Stimmung von der Defizienzorientierung bleibt, weil die Autoren sich unverändert zur psychoanalytischen Grundposition bekennen.

Wie die Defizienzorientierung sich auch in nicht-therapeutische Situationen einschleicht, zeigen zwei eigentlich harmlose Erfahrungen aus meiner Heidelberger Zeit:

- In einem Seminar, das ich als Student beim Ehepaar Mitscherlich an der Heidelberger Psychosomatischen Klinik besuchte, antwortete Frau Mitscherlich auf die Frage, wer und was denn normal sei: „Wer kann schon von sich behaupten, normal zu sein?“
- Noch krasser sagte das der Analytiker Peter Hahn, späterer Lehrstuhlinhaber in Heidelberg – sein Arbeitszimmer lag dem meinen gegenüber: „Hüllemann, Sie sind so stinknormal. Sie sind als Psychotherapeut nicht geeignet.“

Hahns Aussage, dass gesunde Normalität keine gute Voraussetzung für den Beruf des Psychotherapeuten sei, ist aus der Zeit der 1960er Jahre zu verstehen. Damals gab es eigentlich nur die auf Krankheit fokussierte Psychoanalyse; Psychotherapeut war gleichzusetzen mit Psychoanalytiker. Und manches spricht dafür, dass jemand, der selbst krank ist oder krank war, einen Kranken besser verstehen kann als jemand ohne diese Eigenerfahrung. Ob dieses auf eigenes Erleben gegründete Verständnis therapeutisch nützt, muss bezweifelt werden. Im Gegenteil, es kann eine wechselseitige Wiederansteckung den Krankheitsverlauf verzögern oder sogar verschlimmern.

Parallelen der Betrachtungsweise von Analyse und Medizin scheinen sich aufzudrängen. Beide messen der Pathogenese eine große Bedeutung zu. Doch schon die

Psychodynamik und Hypnotherapie

klassische Medizin lehrte die *Diaita*, die Kunst der gesunden Lebensführung, und in der neueren Medizin etablieren sich in zunehmendem Maße salutogenetische Verfahrensweisen. Der Hauptunterschied im medizinischen pathogenetischen Ergründen gegenüber dem psychoanalytischen liegt darin, dass die medizinische Pathogenese die Krankheit (englisch: *disease*) im Visier hat, und der Arzt dem kranken Menschen in seinem Kranksein (englisch: *illness*) tröstend, Hoffnung und Sicherheit gebend zur Seite steht. Mit einem Schlagwort gesagt: Die Medizin hasst die Krankheit und liebt den Menschen. Das gilt wirklich für viele, die in diesem Beruf tätig sind.

Analytiker tun sich da schwerer. In ihrem Wirkungsfeld scheinen Krankheit und kranker Mensch nahezu ein und das dasselbe sein. Doch Analytiker können sich über dieses missliche Dilemma erheben.

Freud selbst konnte sich der Anziehungskraft oder der Suggestion seiner pathogenetisch ausgerichteten Theorie entziehen, wenn er als Arzt analytisch behandelte. Er zeigte Wärme, unterstützte, akzeptierte, schenkte Vertrauen, wie Lynn und Vaillant (1998) in einer Studie über Freuds Schweigepflicht, Neutralität und Abstinenz nachwiesen. Bei 43 Behandlungsfällen (100 %) hielt sich Freud nicht an die geforderte Abstinenz, bei 37 Fällen (86 %) nicht an die Neutralität, bei 23 Fällen (53%) nicht an die Schweigepflicht. Freud gab Ratschläge, war direktiv, erzählte von seinen eigenen Gefühlen und machte Patienten Mut. Freud war nicht Knecht seiner eigenen Metaphern. Freud war kein Freudianer.

Um die Spannweite im Verhalten von Analytikern zu veranschaulichen, hier nun zwei Beispiele von emotionaler Kälte und von „netten menschlichen Zügen“ in einer orthodoxen analytischen Gesellschaft.

- Im Teamgespräch einer internistischen Abteilung, an dem routinemäßig der psychoanalytisch ausgerichtete Psychotherapeut teilnahm, wurde mit Anteilnahme berichtet, dass die Patientin sehr schwer über den Tod des Ehemannes hinwegkomme. Man kümmere sich doch besonders einfühlsam und liebevoll um sie. Der Psychoanalytiker empfahl, die Fürsorge langsam zurückzunehmen, die Patientin müsse lernen, „jeden einzelnen Faden zu dem Verstorbenen abzuschneiden.“ Bei diesen Worten machte er mit zwei Fingern eine Scherenbewegung.

Wie viel mehr an menschlicher Wärme drückt sich da in W. Hartmans (2008) Workshop-Thema aus: „You will allways be in my heart: Grief as a ressource in Ego-State-Therapy.“

- Eine Ausbildungskandidatin eines strengen psychoanalytischen Instituts hatte einem Patienten, den sie unter Supervision für ihre Ausbildung analysierte, eine Glückwunschkarte zur Hochzeit geschickt. Im Gremium der analytischen Supervisoren wurde bemängelt, dass der Patient geheiratet hatte. Während der Analyse sollte keine wichtige Lebensentscheidung getroffen werden. Dann stellten die Supervisoren fest: „Das ist Vergewaltigung,“ dass von der angehenden Analytikerin ihrem Analysanten eine persönliche Glückwunschkarte geschrieben wurde. Aber auch bei knochigen Analytikern gibt es welche, die sich nicht scheuen, menschl-

Klaus-D. Hüllemann

che Gefühle zu zeigen. Ich nenne den Namen: Der damals berühmte Lehranalytiker Prof. Dr. Pflüger sagte in der Supervisorenrunde: „Aber das ist doch ein netter menschlicher Zug.“

Die Übertragung ist kein neutraler innerer Spiegelungsvorgang wie V. Kast ausführte (s.o.). Ein äußerer Vorgang mit Spiegel ist es jedoch, wenn wir unser Spiegelbild z.B. beim Rasieren sehen. Wir sehen uns ja optisch selten im Vergleich dazu, wie häufig wir andere anschauen können. Ich referiere Ausschnitte aus dem jüngsten Übersichtsartikel von Pronin (2008):

2.3.2 Wie wir uns und wie wir andere sehen

Menschen sehen sich selbst anders als sie andere sehen. Sie sind umspült von ihren Empfindungen, ihren Gefühlen und ihren Gedanken und gleichzeitig ist ihre Wahrnehmung anderer Menschen beherrscht von dem, was sie mit den Augen sehen.

Diese grundlegende Asymmetrie in der Wahrnehmung hat erhebliche Konsequenzen. Die Wahrnehmungsasymmetrie führt dazu, dass Menschen unterschiedlich beurteilen, wie sie selbst sind und wie andere Menschen sind, wie ihr eigenes Verhalten ist und das anderer Menschen. Menschen verfügen nämlich über unterschiedliche Informationen, was sie selbst und was andere betrifft. Menschen haben über sich selbst nur einen Bruchteil an visueller Information im Vergleich zu der visuellen Information über andere.

Wir können uns selbst nur im Spiegel sehen. Wir ergänzen die fehlende äußere visuelle Information durch Introspektion und schauen auf unsere Gefühle, Gedanken und Intentionen. Diese grundsätzlich unterschiedliche Informationsgewinnung und Informationsinterpretation in der Selbstsicht und der Sicht auf andere kann eine Quelle mangelnder Übereinstimmungsfähigkeit sein, von Missverständnissen und Konflikten. Die Kenntnis dieser unabänderlichen menschlichen Gegebenheiten, kann uns befähigen, in der therapeutischen Beziehung wie in jeder anderen zwischenmenschlichen Beziehung achtsam zu sein, dass nicht nur unser eigenes Verhalten von der begrenzten Wahrnehmungsfähigkeit betroffen ist, sondern die anderen in ihrem Verhalten von ihrer begrenzten Wahrnehmungsfähigkeit ebenfalls betroffen sind.

Die Autoren schließen ihren Beitrag mit einem Achtsamkeit gemahnenden kategorischen Imperativ, dass es vernünftig und fair sei, dieselben Bewertungsstandards anderen zuzugestehen, die man sich selbst zugesteht. Das beweise nicht nur soziale Güte, sondern auch wissenschaftliche Informiertheit.

Vor diesem Hintergrund - „auch wissenschaftlicher Informiertheit“ - wird Übertragung zu einem Achtungsschild. Es lehrt den Therapeuten Bescheidenheit, bringt ihn auf Augenhöhe mit dem Patienten und zu einer partnerschaftlichen Koproduktion von Gesundheit. Offene, Ressourcen orientierte Hypnotherapie ist so ein taugliches Therapiemodell. Geschlossene, erklärende Psychodynamik, die urteilt und bestimmt, verschließt sich der demokratischen Schlussfolgerung aus der Asymmetrieüberlegung menschlicher Erkenntnis über andere und sich selbst.

Psychodynamik und Hypnotherapie

2.2.3 Übertragung, ein weiterhin interessierendes zwischenmenschliches Phänomen

Homo politicus, d.h. der Mensch ist ein soziales Wesen. Isolierung führt zu (Folter-) Angst, (Vereinsamungs-)Depression oder auch zum Tod. Das Leben gelingt so gut, wie menschliche Kommunikation gelingt. Die wechselseitige Übertragungsfähigkeit von Lebensäußerungen ist die Voraussetzung für Kommunikation. Ergebnisse der Hirnforschung weisen auf morphologische Orte hin, die im Kommunikationsvorgang aktiv sind. Prinzipiell sind alle Menschen gleichwertig. Aber die Fähigkeit zur Lenkung der Kommunikation ist nicht gleich verteilt. Mit Argumenten und Geschenken umwerben wir andere, sich unseren Zielvorstellungen anzuschließen. Das ist Verführung im Sinne von Wegführen vom bisherigen Weg. In der Therapie heißt das Suggestion.

Hypnotherapie ist eine Methode, die sich suggestiver Wirkungen bewusst ist. Suggestive Fähigkeiten sind bei einigen Therapeuten stärker ausgebildet als bei anderen. Suggestives Talent spielt eine Rolle, aber Talent allein genügt nicht. Schulung ist notwendig, um mit Suggestion umzugehen wie mit einem Medikament: Indiziert, dosiert, kontrolliert.

Die suggestive Intervention soll hauptsächlich die den Patienten eigenen (häufig unbewussten) Ressourcen mobilisieren. Der in der suggestiven Wirkung seiner Kommunikation gut ausgebildete Therapeut hat gelernt, seine eigenen Vorstellungen zu kontrollieren. Das gelingt nicht immer hinreichend. In glücklichen Momenten ist das der Augenblick, in dem der Therapeut menschlich-mitmenschlich authentisch wird und eine wesentliche Gesundungskraft überträgt. Leider ist das Glück eine scheue Größe.

Jede therapeutische Intervention ist suggestive Übertragung; das mögen sich manche psychodynamisch-analytisch ausgebildeten Therapeuten nicht eingestehen. Übertragung und Suggestion sind menschliche Grundeigenschaften.

Es gibt aber Menschen, die reagieren kaum auf Übertragung bzw. Gegenübertragung und auf Suggestion. Das gilt nicht nur für die Therapie. Diese Menschen scheinen auch im alltäglichen zwischenmenschlichen Umgang nicht zu merken, wie ihr Verhalten sie immer wieder in z.T. dieselben Schwierigkeiten führt. Es liegt nicht an ihnen, dass sie nicht fähig sind, aus Fehlern zu lernen, sondern an ihrer varianten genetischen Ausstattung (Tillmann et al 2007):

Ein genetischer Polymorphismus (DRD2-TAQ-IA) ist bekannt als Modulator der Dopamin D2 Rezeptordichte. Das A1 Allel geht einher mit einer verminderten D2 Rezeptordichte. Diese geringere D2 Rezeptordichte wird überzufällig häufig in Verbindung mit süchtigem und zwanghaftem Verhalten nachgewiesen. Die Arbeiten von Tillmann und Mitarbeitern (2007) aus Leipzig, Bonn, Giessen und Köln konnten in Versuchen nachweisen, dass Menschen, die als A1-Allele-Träger mit einer geringeren Dopaminrezeptordichte ausgestattet sind, weniger effizient lernen, Handlungen oder Verhalten zu vermeiden, die zu negativen Konsequenzen für die betroffenen Personen selbst führen. Das Ergebnis dieser Arbeit bestätigt, dass Dopamin eine große Rolle spielt, Handlungen und Verhalten zu überwachen, damit möglichst ohne Schwierig-

Klaus-D. Hüllemann

keiten – ohne anzuecken – Handlungen ausgeführt werden können. Menschen, die sich aufgrund ihrer genetisch andersartigen Ausstattung schwerer tun, aus negativen Rückmeldungen oder Fehlern zu lernen und etwas zu ändern, werden sich wahrscheinlich auch in der Psychotherapie wenig lern- und veränderungsfähig erweisen. Die Kenntnis dieser Veränderungsschwierigkeit als angeborene Variation kann Therapeuten verständnisvoller stimmen für solche Patienten.

Die systemische Sicht unter Einbeziehung kaum veränderbarer Gegebenheiten (hier genetische Ausstattung) kann die therapeutische Frustrationstoleranz verbessern.

In der Psychotherapie müssen auch die vielfältigen Einflussgrößen aus der Umwelt mitbedacht werden, z. B. die beruflichen und familiären Verhältnisse. In der Hypnotherapie wird dieser Ansatz als hypno-systemische Therapie bezeichnet. Mitbedacht werden muss ebenfalls die genetische Ausstattung, die nicht immer zu objektivieren ist. Die psychodynamische Betrachtungsweise, die auf die Kenntnis des biographischen Prozesses viel Wert legt, kann manchmal dienlich sein, um den Verdacht aufkommen zu lassen, dass eine ungünstige genetische Programmierung einer Störung als Schicksal zu Grunde liegen kann. Die betroffenen Menschen nicht allein zu lassen, auch wenn wir über keine wirksame therapeutische Methode verfügen, ist vielleicht die vornehmste ärztliche Aufgabe. Das trifft auch für Psychologen, Sozialpädagogen und andere helfenden Berufe zu, weil es eine menschliche Aufgabe ist.

Was bleibt von Psychodynamik, Hypnotherapie und systemischer Sichtweise für die psychotherapeutische Praxis? Darauf wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

3. Mit-(ein)fühlen, Mit-(be)denken, Mit-helfen

Im Bewusstsein, dass bei allem, was in der Psychotherapie wirken kann, der Hauptanteil der Kommunikation gut zu schreiben ist (die jeweils spezielle Methode der Therapie scheint nur halb so viel zu wirken), fällt es mir leicht, nach den praktischen Gegebenheiten in einem helfenden Beruf vorzugehen. Der erste Eindruck: „Oh wie schlimm,“ packt mein Gefühl. Danach muss ich rational überdenken, was getan werden muss, damit ich professionell helfen kann.

Auf die Psychotherapie bezogen, erleichtert das psychodynamische Vorgehen, das Einfühlen und das Verstehen. Ich bekomme Hinweise auf Schwere und Chronizität einer Erkrankung. Im psychodynamischen Gutachten, das ich für die Krankenkasse anfertigen muss, werden das Einfühlen und das Verstehen vor dem Hintergrund einer Theorie, der psychoanalytischen Theorie, reflektiert.

Ich bin jedes Mal beeindruckt, wenn das Gutachten fertig ist. Ich habe plausibel nach psychodynamischen Gesichtspunkten dargelegt, warum sich die Krankheit nahezu zwangsläufig in der beschriebenen Form entwickeln musste. Die Therapie zielt dann auf die psychodynamisch erklärbaren Störfelder. Die Therapieziele sind benannt. Doch in der Praxis läuft die Therapie meist ganz anders.

Auf die Arbeit, ein psychodynamisches Gutachten zu erstellen (was ich nur noch äußerst selten tun muss), möchte ich nicht verzichten. Es ist eine gedankliche Arbeit,

Psychodynamik und Hypnotherapie

bei der ich mich intensiv mit dem Patienten beschäftige.

Umweltkonstellationen können im Therapieverlauf durchschlagen. Deshalb muss ich das System, in dem sich der Kranke befindet, mit bedenken, auch dass ich Teil des Systems geworden bin. Vielleicht gelingt ein korrigierender Eingriff in das gestörte System, z.B. wenn die Therapeutin zu einer Art Nachhilfelehrerin wird, damit die Magisterarbeit endlich abgeschlossen wird:

- Die Behandlung einer jungen Frau, die wegen Depression stationär in einer psychosomatischen Abteilung aufgenommen worden war, stützte sich wesentlich auf die Betreuung der Magisterarbeit, auch nachstationär ambulant. 6 Jahre später schrieb die ehemalige Patientin ihrer Therapeutin:

„Liebe Frau Dr. ... Weihnachtsgrüße ... und alles Gute für 2008. ... Firma, bei der ich es schon 6 Jahre ausgehalten habe. Ich bin in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und habe so viel gelernt. Manchmal kann ich das alles kaum glauben. Es ist doch so viel Gutes passiert! Ich muss oft an Sie denken und bin so dankbar, dass Sie mir geholfen haben, meine verrückte Magisterarbeit zu schreiben.“

Das ist ein Paradebeispiel für komplexes Denken und Handeln. Neben der Erhebung der allgemeinen biographischen Anamnese (psychodynamisch) wurde der spezielle Stellenwert der Magisterarbeit (systemisch mit) bedacht. In der Therapie wurde das Problem Magisterarbeit (hypnotherapeutisch) als Ressource genutzt für eine hoch motivierte Zusammenarbeit. In die Rahmenbedingungen des „Wie“ der Hilfe konnten psychotherapeutische Suggestion eingebettet werden.

Das vorrangige Anliegen von Patient und Therapeut ist Hilfe. Die Hilfe erschöpft sich in vielen Fällen nicht in einer lege artis-Psychotherapie, sondern in: Mut machen, trösten, Rat geben, Hinweisen auf ein Stellenangebot oder ein Wohnungsangebot, Lärmschutz für eine Wohnung, Wahl der Kleidung für die Verhandlung ums Sorgerecht des Kindes; manchmal auch autoritär und Konsequenzen aufweisend „das müssen Sie auf jeden Fall tun, wenn Sie nicht riskieren wollen, dass ...“

Mir fällt diese Vorgehensweise ohne Methodenzwang leichter, seit ich weiß, dass selbst Freud und Erickson sich wenig an die von ihnen selbst aufgestellten Richtlinien gehalten haben.

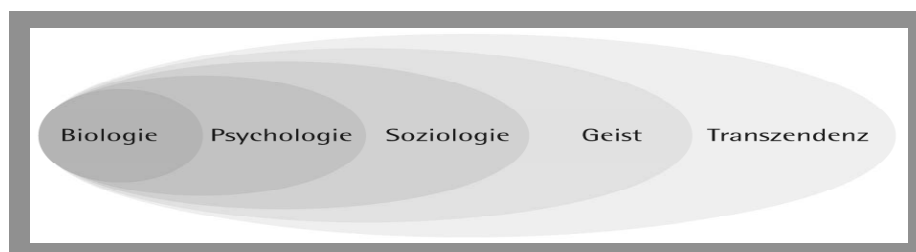


Abb.: Der Mensch als bio-psycho-soziale Einheit mit geistigen Fähigkeiten und dem Bedürfnis (bei vielen Menschen) nach Transzendenz (K.-D. Hüllemann 1998).

Klaus-D. Hüllemann

Miteinfühlen, Mitbedenken und Mithelfen ist die auf die Praxis bezogene Interpretation von Fürstenaus (2001) Titel „Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren.“

Hoffnungsfähigkeit wieder erlangen, ist ein wichtiges Therapieziel, also soviel Gesundheit wie möglich. Das passt so gar nicht zu der psychodynamisch-psychoanalytischen Vorstellung, die vom Pathologischen angezogen wird. Aber man kann sich an Psychodynamik orientieren, wenn man auf verschlungenen Wegen in den warmen Süden reisen will, wie an einer Kompassnadel, die immer nach dem kalten Norden weist.

Pathogenese und Salutogenese als Betrachtungsweise sind durchaus vereinbar, wenn nicht Pathogenese im Grunde für böse und Salutogenese im Grunde für gut steht, auch wenn es zweifelsohne gut und böse gibt.

Manche Skeptiker mögen sagen, der Mensch sei nun 'mal böse und schlecht und die ganze Welt sei im Grunde böse und schlecht. Diese Skeptiker halten sich für Realisten. Sie sind Pessimisten. Die Skeptiker sind nicht bestätigbar aber auch nicht widerlegbar. Es ist keine Frage der Verstandeserkenntnis. Es ist eine Frage des Entschlusses, worauf hin man leben möchte. Darüber hinaus verfügt der Mensch auch über ganz andere Wege der Erkenntnis, die Wege des Geistes und der Transzendenz (siehe Abb.), Wege, die über seine bio-psycho-soziale Einheit hinausgehen.

4. Kasuistik

Auszug aus dem psychodynamischen Gutachten für die Krankenkasse:

46jährige selbständige Kosmetikerin.

Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne zwischenzeitliche Vollremission mit somatischen Symptomen und erstmals erkennbarer Suizidalität (ICD 10: F33,21); mehrere Nebendiagnosen und rezidivierende Rückenschmerzen.

Schematische Zuordnung nach dem tiefenpsychologisch-psychodynamischen Modell der Depressionsentstehung (Laux. G. 2008 S. 407). Links die Äußerungen der Patientin, rechts die entsprechenden psychodynamischen Zuordnungen:

“Herzlichkeit hat es nie gegeben.”	frühkindliche Mangelerfahrung bzgl. Förderung, Zuwendung, Anerkennung
“Immer beschimpft worden, ‘Besen’“	globales Gefühl des „existenziellen Zuwenig“
“Sie sei nichts wert”	labiles Selbstwertgefühl/Minderwertigkeit
“Wer sie so behandle, da sage sie dann gar nichts mehr.”	emotionale Überbedürftigkeit („Oralität“), Kränkbarkeit, starkes Bedürfnis nach Wertschätzung, Anerkennung (Normorientiertheit)

Kompensations- und Bewältigungsversuche:

“Könne sich nicht mehr wehren, begleite aber Schwerstkranke.”	Aggressionshemmung, symbiotische Beziehungsgestaltung, Überanpassung, Entwicklung überhöhter Leistungs- und ethischer Normen
--	---

Psychodynamik und Hypnotherapie

*Behinderung der Verwirklichung der
Kompensationsversuche, (Verlust von
Personen, Konzepten, Lebensaspekten):*

“Auslösesituationen: Skiunfall, chronische Rückenprobleme, kein „befreiender“ Sport mehr ausübbar, Todesfälle.”

Depression, Symptombildung als Versagen der bisherigen Kompensationsmechanismen

Was für die Therapie mitbedacht werden musste: Die Kasse bezahlte für Psychotherapie laut Vertrag nur einen limitierten Betrag pro Jahr, der die beantragten und gutachterlich befürworteten Therapiestunden nur zu einem Bruchteil decken konnte. Der verkehrsgünstige weite Anfahrtsweg konnte nur mit dem Auto des Ehemanns getätigt werden. Wegen der Berufsverpflichtungen stand das Auto nicht immer zur Verfügung. Beantragt waren, wie es für ein psychodynamisches Gutachten zu erwarten ist, dass wöchentlich Sitzungen abgehalten werden, anfangs 2mal wöchentlich. Die Schmerzzustände führten mitunter zur Absage der Therapiestunde, ebenso Magen-Darm- und Herz-Kreislaufsymptome. Die Anbindung an das eigene Geschäft in einer konservativen Kleinstadt forderte das Einspringen, wenn Mitarbeiterinnen krank waren. Außerdem musste die Patientin bei der Kundschaft immer froh und gesund aussehen. Der Ehemann war besorgt, aber zu keiner vertieften Gesprächsführung zu bewegen. Zwei Katzen waren die Lieblinge. Die Patientin hat in ihrem Leben etwas geleistet, hat in jungen Jahren ohne Eigenmittel ein gut gehendes Geschäft aufgebaut. Sie ist im Ort anerkannt und wird geschätzt. Sie bleibt hartnäckig bei Verhandlungen mit Ämtern. Sie ist zuverlässig. Aufopfernd kümmert sie sich um Freundinnen, die schwer erkrankt sind, bleibt auch am Totenbett. Trägt die eigenen Beschwerden tapfer, wenn die Schmerzen nicht zu stark sind. Sie zeigt Humor. Sie möchte nur nicht „deppert“ werden.

Die Therapie - (Mit)helfen:

Die Patientin tut mir leid. Ich kann ihre bedrückend verlaufene Lebensgeschichte gut verstehen. Ich bin beeindruckt von ihrer beruflichen Leistung. Vorbildhaft ist ihre Betreuung todkranker nahe stehender Personen. Mir widerstrebt die psychodynamische Zuschreibung, das sei der Kompensations- und Bewältigungsversuch einer gestörten Entwicklung, die Ausbildung überhöhter ethischer Normen. Das hier Geschilderte entspricht in der Freudschen Terminologie meiner Gegenübertragung.

In der Therapiestunde besprechen wir manchmal die Störungen, wie sie vielleicht (!) erklärbar sein könnten und welche Veränderungen hilfreich sein könnten. Eine hypnotherapeutische Altersregression wurde durchgeführt. Das Gutachten für die Krankenkasse, das ich ohnehin mit der Patientin besprochen hatte, habe ich der Patientin später ausgehändigt. Die psychodynamisch relevanten Inhalte habe ich immer in einen positiven Rahmen zu stellen versucht. Wenn die Patientin traurig war, weil die Oma sie von der Tür gewiesen hatte, habe ich die Traurigkeit als

Klaus-D. Hüllemann

gesunde Lebensäußerung bestätigt, weil doch „nur Hackklötzchen“ nicht weinen. In den allermeisten Stunden haben wir über Dinge gesprochen, die nicht unmittelbar mit der Depressionstherapie in Zusammenhang zu bringen sind. Ich habe (fachinter-nistisch) beraten, wie die Patientin ihre krebskranke Freundin betten muss, welche Ernährung richtig ist, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sinn-voll sind und welche nicht. Diese Ratschläge, welche die Patientin gleich auf ihre Tauglichkeit hin ausprobieren konnte, haben der Patientin erlebte Sicherheit und Vertrauen gegeben, auch dass ich ihr verantwortungsvolles Handeln zutraute. Immer wieder einmal habe ich mich ausgiebig nach den Katzen erkundigt.

Ich kenne die Patientin jetzt seit fast vier Jahren. Die etwa 10 Therapiestunden pro Jahr scheinen auszureichen, dass die familiären und beruflichen Aufgaben geleistet werden können. Suizidale Gedanken kommen nicht mehr auf. Nächtliche Angst-anfälle (in dem Erscheinungsbild von lebensbedrohlichen Herzanfällen) treten nur noch ganz selten und in abgemilderter Form auf. Magenspiegelungen (ohne gravie-rende Befunde), die früher zahlreich durchgeführt wurden, sind auf eine einzige in den letzten zwei Jahren zurückgegangen.

Im nächsten Jahr werde ich wohl wieder ein psychodynamisches Gutachten erstellen müssen, damit die Patientin die psychotherapeutische Unterstützung von der Kasse bezahlt bekommt.

Watzlawick hat einmal in einem Vortrag in Poalo Alto gesagt, wenn die Therapie erfolgreich gewesen sei, gehe er von der Feststellung aus, er habe überhaupt keine Ah-nung, wie das erreicht worden sei, das habe doch der Patient selbst gemacht. Das ist gut für die therapeutische Selbstdisziplin. Ich meine dasselbe, wenn ich das Wörtchen „mit“ bei einführen, bedenken und helfen einfüge. Mich hat dazu nicht Bescheidenheit bewegt, sondern Offenheit und Neugier: Was wirkt alles in diesem verschlungenen Netz?

Literatur

- Fürstenau, P. (2001). Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Hartman, W. (2008). You will allways be in my heart: Grief as a ressource in Ego-State-Therapy. 5. Deutsch-Nepalesische Ärzte- und Psychologen Tagung, Kathmandu 12.-14- Mai 2008. Veranstalter: Milton-Erickson-Institut Rottweil.
- Jaegi, E. & Riegels, V. (2008). Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kast, V. (2001). Einführung. In Cierpka, M. & Buchheim, P. (Eds), Psychodynamische Konzepte (S.154-157). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kernberg, O. (2006). Psychoanalyse für Nicht-Psychoanalytiker. 8 DVD. Mühlheim: Auditorium-Netzwerk.
- Lakoff, G. & Wehling, E. (2008). Auf leisen Sohlen ins Gehirn. Heidelberg: Carl-Auer.
- Laux, G. (2008). Depressive Störungen. In Möller, J.-J. & Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (Eds.) Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Aufl., Bd. 2, S. 400-470. Heidelberg: Springer.

Psychodynamik und Hypnotherapie

- Lettner, F. (2007). Objektgestützte psychodynamische Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Lynn, D.J. & Vaillant, G.E. (1998). Anonymity, Neutrality, and Confidentiality in the Actual Methods of Sigmund Freud: A Review of 43 Cases, 1907-1939. *American Journal of Psychiatry*, 155, 163-171.
- Popper, K. (1994). *Alles Leben ist Problemlösen*. München: Piper.
- Pronin, E. (2008). How We See Ourselves and How We See Others. *Science*, 320, 1177-1180.
- Rilke, R. R. (1955) *Der Panther*. In *Neue Gedichte 1907*. Wiesbaden: Insel.
- Stierlin, H. (2001). Überlegungen zur Übertragung und Beziehung. In Cierkpa, M. & Buchheim, P. (Eds), *Psychodynamische Konzepte* (S. 159-167). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Tillmann, A., Neumann, J. und Mitarb. (2007). Genetically Determined Differences in Learning from Errors. *Science*, 318, 1642-1645

Prof. Dr. med. Klaus Hüllemann
Quellstraße 16
83346 Bergen
klaus-d@huellemann.net

erhalten: 12.9.2008

akzeptiert: 28.1.2009