



Ebenen therapeutischer Verantwortung – multiple Perspektiven in einer komplexen Welt

Brigitte Schigl · Sabine Klar · Ulrich Kobbé · Karin Macke · Ekkehard Tenschert

Angenommen: 20. April 2022
 © Der/die Autor(en) 2022

Zusammenfassung Der Text thematisiert Dimensionen des Handelns von Psychotherapeut_innen entlang einer Fallvignette, in der ein in den Praxisräumen ausgehängter Aufruf zur Covid-Impfung einen Abbruch der Psychotherapie durch die Patient_in auslöste. Dabei werden verschiedene Ebenen der Verantwortung von Psychotherapeut_innen aufgezeigt: Handeln auf individueller Ebene im Kontakt mit den Patient_innen, Handeln auf gesellschaftlicher Ebene – bzw. deren Einbezug in therapeutische Überlegungen. Schließlich auch daraus erwachsende Aspekte für die Ausbildung von Psychotherapeut_innen. Im Aufzeigen

dieser unterschiedlichen Perspektiven sollen die Komplexität und Pluralität psychotherapeutischer Handlungsfelder und Ansätze sichtbar gemacht werden.

Schlüsselwörter Verantwortung von Psychotherapeut_innen · Kritische Psychotherapie · Individuum und Gesellschaft

Brigitte Schigl, Prof.in, Dr.in, MSc., Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Integrative Therapie und Integrative Gestalttherapie), Lehrt in der Ausbildung von Psychotherapeut_innen (IT an der DUK) sowie im Psychologiestudium (Karl Landsteiner Privatuniversität Krems); Psychotherapieforschung. Schwerpunkt Genderthemen.

Sabine Klar, Dr.in, Verhaltensforscherin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Lehrtherapeutin (ÖAS); Institut für angewandte Menschenkunde (Psychotherapeutisch-philosophische Praxis). Mitbegründerin AG Kritische Psychotherapeut*innen.

Ulrich Kobbé, Dipl.-Psych., Dr., Psychotherapeut (tiefenpsychologisch fundiert), klinischer und forensischer Psychologe, Supervisor und Sachverständiger im Maßregelvollzug. Mitherausgeber der Zeitschrift ›Psychologie & Gesellschaftskritik‹ (2002–2017).

Karin Macke, Mag.a, (Personenzentrierte Psychotherapie), Lehrtherapeutin/Ausbilderin APG.IPS, Mitarbeiterin von Frauen* beraten Frauen* und des angeschlossenen Instituts für feministische PT, Lehrbeauftragte für Ethik (Uni Wien) Schwerpunkt Gender sowie Macht und Psychotherapie.

Ekkehard Tenschert, Psychotherapeut (Integrative Gestalttherapie) in freier Praxis in Wien, Coach, Supervisor, Lebens- und Sozialberater, Lehrtherapeut und Lehrsupervisor der Fachsektion Integrative Gestalttherapie im ÖAGG, Lehrauftrag für Ethik im Rahmen des IGT-Fachspezifikums.

B. Schigl (✉)
 Karl Landsteiner Privatuniversität für
 Gesundheitswissenschaften, Krems/Wien, Österreich
 brigitte.schigl@aon.at

Levels of therapeutic responsibility—multiple perspectives in a complex world

Summary The text thematizes dimensions of the acting of psychotherapists along a case vignette in which a call for Covid vaccination posted in the practice rooms triggered the patient to break off psychotherapy. Different levels of responsibility of psychotherapists are shown: acting on an individual level in contact with the patient, acting on a societal level—or their inclusion in therapeutic considerations. Finally, the resulting aspects for the training of psychotherapists. By showing these different perspectives, the complexity and plurality of psychotherapeutic fields of action and approaches should be made visible.

Keywords Responsibility of psychotherapists · Critical psychotherapy · Individual and society

Dieser Beitrag wurde inspiriert von der Key-Note-Podiumsdiskussion: „Psychotherapie als Anpassungsinstrument oder Empowerment – kritische Beiträge in neoliberaler Gesellschaft“ der Tagung „Anleitung zum (un)anständigen Leben“ der deutschen, österreichischen und Schweizer Gestalttherapeut_innen vom Mai 2021. Die Autor_innen sind Diskutant_innen dieser Tagungseröffnung und möchten mit dem daraus entstandenen Text einen Denkanstoß zur Komplexität psychotherapeutischen Handelns geben. Die Autor_innen kommen aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Paradigmen (tiefenpsychologisch, systemisch, humanistisch), gemeinsam ist ihnen ein kritisches Grundverständnis, das eine Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungen mit einbezieht. Den Ausgangspunkt der Überlegungen stellt eine Fallvignette aus einer Interventionsgruppe dar:

Die Fallvignette

Der Niederösterreichische Landesverband für Psychotherapie hatte im Frühjahr 2021 ein Blatt zum Aushang in der Praxis zur Verfügung gestellt (NÖLP 2021). Auf diesem ist zu lesen: „Sei gescheit: lass Dich impfen. Gib dem Virus keine Chance!“ Eine humanistisch orientierte Psychotherapeutin druckt das Blatt aus und hängt es im Praxisvorraum auf (wie auch schon ein anderes Merkblatt zu Hygienemaßnahmen). Dieser letzte Aushang führt zu einer starken Reaktion bei einer ihrer Patient_innen, zu der sie bis dato in einer guten therapeutischen Beziehung stand: Sie behandelte die Patientin aufgrund einer Burnout Symptomatik, mit den klinischen Kennzeichen einer mittelgradigen Erschöpfungsdepression. Die Patientin hatte bisher sehr gut mit ihr gearbeitet und etwa gelernt mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse zu hören, anstatt die Anforderungen anderer zu erfüllen. Nun diskutiert sie mit der Therapeutin mehrere Stunden

über Covid-Maßnahmen und will sich nicht weiter auf den therapeutischen Prozess einlassen. Sie ist empört, dass ihre Therapeutin die Impfung propagiert („Mein Körper gehört mir, wie können Sie sowas unterstützen!“) – und bricht den Prozess schließlich ab, weil sie das Vertrauen in die Therapeutin verloren hat.

Wir wollen mit dieser Vignette nicht auf die individuelle Psychodynamik fokussieren oder den therapeutischen Prozess problematisieren in dem die Auseinandersetzung mit der Patientin etwa als Widerstand interpretiert werden könnte. Wir nehmen die Verwerfung vielmehr zum Anlass, generell verschiedene Ebenen der Verantwortung im Handeln von Psychotherapeuten_innen zu skizzieren:

Individuelle Ebene: Verantwortung Patient_innen gegenüber

Die Vignette macht prägnant darauf aufmerksam, dass man sich, wie Watzlawick et al. (1967, S. 51) axiomatisch formulieren, „nicht nicht verhalten“, dass man also, „wie auch immer man es versuchen mag, nicht nicht kommunizieren kann“. Die sich akzentuierende Differenz von Patientin und Therapeutin gibt Anlass, mögliche Grundregeln der therapeutischen Kommunikation, der Haltung und der Verantwortung zu erörtern.

Was an der Reaktion auf das Beispiel des Aushangs mit der plakativen Aufforderung „Sei gescheit! Lass Dich impfen!“ deutlich wird, ist mehr als nur eine Kommunikationsstörung: Die Patientin erlebt dies offensichtlich – „Mein Körper gehört mir!“ – als grenzüberschreitend, invasiv, enteignend und verarbeitet den Appell als Forderung und Verlangen. Zur Thematisierung der Körpergrenze, eigener Vulnerabilität, zugleich fremder Dreistigkeit und Überrumpfung kann man interpretieren, dass es bei ihrer Reaktion z.B. um eine Abwehr von Beschämung und indizierter Schuld, um die Aufrechterhaltung ihrer Integrität geht. Dabei fungiert das (möglicherweise fehlende Klugheit oder Verantwortung – Dummheit und/oder Fahrlässigkeit also – unterstellende) Plakat als eine Art „Pranger en miniature“ (Küchenhoff 2018, S. 336).

Die Therapeutin selbst hat unfreiwillig eine Dynamik ausgelöst, mit der fast jede psychotherapeutische Interaktion mehr oder weniger unterlegt ist: Scham ist in der therapeutischen Begegnung omnipräsent. „Sie kann sich auf das eigene Ungenügen beziehen, auf die unangemessenen und aus der Wertordnung herausfallenden Gedanken und Wünsche. Die Scham richtet sich auf den Blick des/r Therapeut_in aus: Was kann ich als Patient_in ihm/ihr anvertrauen? Was wird er/sie von mir denken?“ (Küchenhoff 2018, S. 336). Wenn Psychotherapie also auch eine Form von Schamfindungs- und Entschämungsarbeit ist und diese im Allgemeinen „nicht von einer initialen Beschämung vorbereitet“ wird, geschieht offenbar genau dies angesichts der Konfrontation mit dem Poster.

Da blieben für eine schamsensitive Arbeit weder hinreichend Beziehungskredit noch Vertrauensvorschuss.

Wenn bereits jeder akzidentielle interpersonelle Alltagskontakt die Interaktionspartner_innen via Blick, Mimik, Gestik, Sprechen berührt, ihre imaginären Ich-Grenzen gefährdet oder verletzt, wie viel Takt und Respekt, aber auch fürsorgliche Umsicht, ist dann in dem, was wir Psychotherapie nennen, erforderlich? Für den Kontakt mit Patient_innen ergibt sich, jenseits taktierender Be-/Handlungsstrategien die Verantwortung „so weit als möglich Verletzungen des phantasmatischen Raums des anderen zu vermeiden, so weit als möglich das partikuläre Absolute des anderen [zu] respektieren“ (Zizek 1992, S. 85). Dennoch kann es – siehe Fallbeispiel – dazu kommen, dass (hier vor dem Hintergrund depressiver Erlebnisverarbeitung und Vulnerabilität) die von Überforderungs-, Scham-, Versagensängsten unterlegte Dynamik ‚kippt‘ und eine Negation der Therapeutin mit Abbruch der Therapie resultieren.

Denn auch bei aller Achtsamkeit und bedachten Antizipation sind derartige Grenzüberschreitungen in der Therapiesituation nie gänzlich vermeidbar. Die Vulnerabilitäten und Grenzen von Patient_innen sind nicht im Vorhinein bekannt. Zudem ist es auch Teil der therapeutischen Verantwortung, einer direkten Begegnung nicht aus dem Weg zu gehen. Sowohl Unachtsamkeiten als auch gewollte Interventionen können aber Störungen im aktuellen Kontaktprozess verursachen. Bemerkt und angesprochen bergen diese eine Chance zu produktiver Auseinandersetzung und zur Festigung und Vertiefung der therapeutischen Beziehung (Schigl und Gahleitner 2018). Von Therapeut_innen ist dabei Achtsamkeit gegenüber den Reaktionen ihrer Patient_innen, sowie eine klare Verantwortungsübernahme und ein proaktiver Umgang in der Aufarbeitung geschehener Fehler gefordert (Nausner und Diltsch 2014, S. 113–115).

Therapeut_innen können nicht wie eine „Spiegelplatte“ nur zeigen, was ihnen gezeigt wird (vgl. Freud 1912, S. 384). Sie werden in ihrem Tun in vielfältiger Weise sichtbar: In der Art ihrer Kleidung und ihres Auftretens, der Gestaltung ihrer Praxisräumlichkeiten und letztendlich auch in ihren Haltungen. Auch hier gilt „man kann sich nicht nicht verhalten“ (siehe oben). Im Fall des Plakates wird allerdings in nachdrücklicher Weise initial von Therapeut_innenseite ein Thema eingebracht, das über den Therapieauftrag hinausgeht. Die Therapeutin unterstützt dabei das politisch verordnete Vorgehen des Gesundheitswesens, bei dem alle Menschen (nicht nur zu ihrem eigenen Schutz, sondern auch in ihrer Verantwortung gegenüber anderen) aufgerufen werden, sich impfen zu lassen. Es ist nicht verwunderlich, dass der Aufruf nicht nur als Hinweis auf die persönliche Haltung der Therapeutin, sondern als evtl. bedrängende Forderung der Allgemeinheit, wie auch der Therapeutin aufgenommen werden kann. Denn wir begegnen als Therapeut_innen unserem Gegenüber

immer mit einer bestimmten persönlichen Haltung. Dies kann eine grundsätzlich gewollte Intervention sein, sollte allerdings auf in der gemeinsamen Situation Erlebtes antworten und nicht einer außertherapeutischen Motivation entspringen. Lore Perls etwa verlangt bei persönlichen Mitteilungen von Therapeut_innenseite, vorher zu bedenken, ob diese für einen nächsten Schritt der Patient_innen nützlich sein können (vgl. Gremmler-Fuhr 2017, S. 399). Therapeut_innen müssen dabei darauf vorbereitet sein, dass persönliche Äußerungen bei Patient_innen sehr Verschiedenes auslösen, und auch als störend aufgenommen werden können. Wenn das Machtgefälle des Settings in die Einschätzung der dialogischen Begegnungsfähigkeit der Patient_innen miteinbezogen wird, können ihnen Psychotherapeut_innen durchaus mit ihrer persönlichen Haltung begegnen, solange sie sie als solche sichtbar machen und als entgegenbar und kritisierbar kennzeichnen. Die Position von Psychotherapeut_innen ist, wie Lacan mit der Bezeichnung als «sujet supposé savoir» anzeigt, keineswegs eindeutig: Als Subjekte, denen Wissen unterstellt (zugeschrieben) wird, seien sie zugleich auch Subjekte, die dem Wissen unterstellt (untergeordnet) sind. Psychotherapie impliziert daher „eine ebenso selbstkritisch-bescheidene wie selbstreflexiv-selbstbewusste Haltung“ bzw. setze diese voraus und „dialektisiere“ die involvierten Therapeut_innen (Kobbé 2011, S. 146f.).

Die therapeutische Beziehung beinhaltet sowohl eine funktionale asymmetrische, als auch eine symmetrische personale Dimension (vgl. Gremmler-Fuhr 2017, S. 399). Für einen bewussten Umgang mit dem Einbringen der eigenen Position ist es notwendig, dass Therapeut_innen ihre Antriebsgründe dabei nicht ausblenden, sondern selbst analysieren und eventuell auch offenlegen. Gerade bei sehr differierenden Werthaltungen kann eine solche Offenlegung sogar ethisch geboten sein, damit Patient_innen Tendenzen im therapeutischen Vorgehen besser einschätzen und sich bewusst dazu verhalten können. Es liegt in der Verantwortung der Therapeut_innen, ein vertrauenswürdiges Gegenüber zu sein. Ihre Einstellungen durchsichtig und beurteilbar zu machen, kann es Patient_innen ermöglichen, sich der Anleitung des therapeutischen Prozesses ohne berechtigte Vorbehalte anvertrauen zu können.

Therapeutische Haltungen sind nicht trennscharf von persönlichen Werthaltungen abgrenzbar. Professionell erwünschte Entwicklungsziele wie etwa Begegnungsfähigkeit, Ambiguitätstoleranz, Spontaneität in der Kontakt- und Rückzugsfähigkeit sind in der erlebten Welt nur intentional, auf bestimmte Inhalte gerichtet, möglich und können ohne sie nicht voll beurteilt werden. Eine Begegnung zwischen Therapeut_in und Patient_in muss Werthaltungen von beiden Seiten beinhalten. Die therapeutische Verantwortung verlangt also eine Form der dialogischen Beziehung, die Patient_innen eine Begegnung mit auf ihre

Anliegen antwortenden Haltungen anderer zumutet, ohne sie in ihrer Autonomie zu schwächen.

Wenn Therapeut_innen darüber hinaus persönliche Werthaltungen sichtbar machen, etwa durch die Unterstützung bestimmter Projekte oder die Auswahl der aufliegenden Zeitschriften in ihrem Wartebereich, ist das jedenfalls nicht Teil ihrer therapeutischen Verantwortung den Patient_innen gegenüber. Es kann ein Therapieziel sein, anderen mit ihren Haltungen dialogisch begegnen zu können. Es ist kein Therapieziel, dass Klient_innen die Werthaltungen ihrer Therapeut_innen übernehmen.

Die generelle Behandlungsverantwortung betrifft einesteils die Verbesserung der interventionsbedürftigen Störung/Symptomatik, andererseits die therapeutische Beziehungsantwort auf die explizite/implizite Anfrage der Patientin. Unklar bleibt, was an der Plakataktion hätte ‚therapeutisch‘ sein können: Wenn Psychotherapie den Betroffenen u. a. „die Freiheit schaffen soll, sich so oder anders zu entscheiden“ (Freud 1923, S. 280 Fn), konterkarieren ihr Tenor wie Inhalt diese Bestrebung.

Obschon Verantwortung impliziert, das Wort zu ergreifen ohne Macht Worte zu sprechen, ohne mit- oder gegenzuagieren, ging dem acting out der Patientin ein retrospektiv betrachtet unreflektierter Akt voraus. Eben die Nachträglichkeit des Effekts offenbart eine be/handlungsrelevante Verantwortung antizipatorischen Denkens.

Gesellschaftliche Verantwortung. Welche Position hat Psychotherapie?

Annahmen über Gesundheit und anzustrebende Therapieziele sind nie von gesellschaftlichen Norm(alitäts)vorstellungen und der eigenen Haltung (der Therapeut_innen) zur Gesellschaft zu trennen. Den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren wohnen diesbezüglich unterschiedliche Positionen inne: Von einer eher an gesellschaftliche Verhältnisse im Sinne eines Realitätsprinzips anpassenden – sie zumindest nicht grundsätzlich auf individueller Ebene in Frage stellenden – Haltung der Psychoanalyse über eine eher kritische, Leiden als durch gesellschaftliche Bedingungen (mit)verursacht und die eigene Verwirklichung ins Zentrum stellende Haltung der humanistischen Therapieverfahren reicht hier das Spektrum (Jaeggi 1997). Diese oft unausgesprochenen, aber durchaus wirkmächtigen Haltungen sind via Sozialisation in der Therapieausbildung (vgl. unten) Teil der handlungsleitenden Paradigmen der Therapeut_innen in ihrem professionellen Tun. Was die Therapeutin in obigem Beispiel bisher tat, war im Sinne ihrer humanistischen Denktradition: Sie bestärkte ihre Patientin, mehr auf eigene Bedürfnisse zu achten, analysierte krankmachende Erwerbs- und Familienarbeitsbedingungen und stärkte das Vertrauen der Patientin in die Wahrnehmung ihrer eigenen Bedürfnisse. Sie hat ihrer Patientin Verantwortung

für sich selbst und ihr eigenes Glücklichein nahegebracht, was deren Leidensdruck verringerte, eine Erklärung für den anfangs unverständlichen Zustand des Burn-Outs lieferte und künftige Handlungsanleitungen skizzierte.

Dieses therapeutische Handeln passiert jedoch nicht im neutralen Raum, sondern kann auch selbst als Teil gesellschaftlicher Praktik analysiert werden (Flick 2013). Viele Kernannahmen v. a. humanistischer Psychotherapien lassen sich auch als neoliberale Gouvenementalität und individuelle Responsibilisierung lesen (Grubner 2017). Als moderne Kulturtechnik leistet Psychotherapie hier einen Beitrag, indem sie dem Individuum die Verantwortung für das eigene Glück vermittelt (Responsibilität) und es ermächtigen will, sich selbst in diese Richtung hin zu optimieren (Traue und Pfahl 2016). Diese Selbstführung und Selbstoptimierung ist Teil der Kultur des Therapeutischen, in der die/der Einzelne sich selbst zum (immer weiter zu verbessernden) Projekt machen soll: Das Individuum hat die Verantwortung (nur) für sich und soll daraus mentale Gesundheit und Glück generieren. Die WHO definiert: „Mental Health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully and is able to make a contribution to her or his community“ (WHO 2018 Internet). Dabei wird in der Kultur des Therapeutischen v. a. auf den ersten Teil dieser Aussage Bezug genommen; der Beitrag zum Gemeinwesen ist in den industrialisierten Ländern des globalen Nordens mit ihrer hohen staatlicherseits organisierten Absicherung zu einer rein monetären und unpersönlichen Anforderung modifiziert. So hat die in der Fallvignette beschriebene Patientin offenbar in der Psychotherapie gelernt, mehr auf sich zu hören und die eigenen Bedürfnisse vor die Anforderungen der anderen zu stellen. Sie hat die Verantwortung und Entscheidungsfreiheit über sich und ihr Leben internalisiert und erlebt nun, bedrängend, wieder Anforderungen von außen an sie – und dies im Schutzraum der Psychotherapie. Die Therapeutin hat sich in der Krise entschieden, die schon lange nicht mehr in den Blick genommene kollektive Verantwortung wahrzunehmen und wollte mit dem Aushang des Aufrufs offenbar ihren Beitrag dazu leisten. Insofern hat sie das Paradigma der bisher von ihr vermittelten individualistisch gelesenen Freiheit und Selbstführung zugunsten einer Solidarität als Handlungsanleitung verlassen. Diese Abkehr macht ihr nun ihre Patientin zum Vorwurf und verliert durch den Richtungswechsel an Vertrauen.

Kann die individualisierende Kultur des Therapeutischen aber sich wieder an gesellschaftliche Bedingungen rückbinden? Wo liegt hier die Verantwortung der Therapeut_innen? Kritische Psychotherapie versucht den Einbezug der gesellschaftlichen Verhältnisse in die Analyse des Leidens und die Handlungsoptionen des Individuums: Wir sehen in den

psychotherapeutischen Praxen immer mehr Menschen, die in prekären Verhältnissen leben und vom neoliberalen Wettkampf ausgebrannt sind. Sie stehen unter dem Druck, sich ständig selbst verbessern zu müssen, schneller, effizienter, fitter, kreativer, selbstwirksamer, flexibler, resistenter, positiver, resilienter etc. zu werden, jung und gesund auszusehen/zu bleiben und möglichst wenig Kosten zu verursachen. Diese Verhältnisse führen zu kollektiver Erschöpfung und Selbstentfremdung. Es entsteht ein Gefühl persönlichen Versagens, weil nicht alles unter einen Hut gebracht werden kann. Strukturelle Benachteiligungen verschwinden auf diese Art aus dem Diskurs und machen persönlichen Schuldzuschreibungen Platz. Zu begreifen, dass die eigenen Probleme *auch* gesellschaftliche Ursachen haben, wirkt hier jedoch entlastend und öffnet Raum für neue Perspektiven. Kritische Psychotherapie will nicht an die bestehenden ungesunden Verhältnisse anpassen, sondern verstehen und Raum für Reflexion bieten, gemeinsam nach einem guten und gelingenden Leben fragen (Zehetner 2015). Therapie könnte dann als Freiheitsraum genutzt werden, in dem es möglich ist, in Resonanz zu gehen mit sich und der Welt, sich selbst wieder zu fühlen statt sich zu optimieren. Dies kann den Boden für das Bewusstsein geteilter Verletzlichkeit (Butler 2020) und grundlegender Angewiesenheit aufeinander bereiten. Psychotherapeut_innen, die den gesellschaftlichen Auftrag haben, zur seelischen Gesundheit der Bevölkerung beizutragen, müssen Anforderungen/Erwartungen an sich und andere in Frage stellen, reflektieren und beharrlich bleiben beim Pochen auf Verbesserung von strukturellen Verhältnissen. Das Benennen gesellschaftlicher Bedingungen in der Therapie entlastet dabei und bietet die Möglichkeit, der Vereinzelung und dem Gefühl von persönlichem Versagen zu entkommen. Das zu ermöglichen ist Verantwortung von Therapeut_innen. Psychotherapie findet in einem Spannungsfeld zwischen emanzipatorischem Prozess und neoliberaler Selbstoptimierung statt. Sie muss sich dem Risiko der Individualisierung sozialer Problemlagen bewusst sein. Die psychotherapeutische Haltung sollte kritisch bleiben gegenüber den gegenwärtigen Ansprüchen an Flexibilität, Selbstvermarktung und Effizienz, sich Normierungen und dem Imperativ der Selbstoptimierung widersetzen und die eigenen Normen und Rollenvorstellungen kritisch reflektieren. Therapeut_innen sind also angehalten, nicht nur sich selbst und ihre Verstrickungen zu hinterfragen, sondern auch über der Arbeit mit Einzelnen, den Blick auf das Gemeinwohl nicht zu verlieren.

In der vorliegenden Vignette hat sich die Therapeutin zwar solidarisch mit ihrer Patientin verhalten, indem sie diese dabei unterstützt hat, ihren eigenen Wahrnehmungen wieder zu trauen, was als Folge von weiblicher* Sozialisation und damit verbundenen

Gaslighting-Effekten¹ für Frauen oft ein hartnäckiges Problem darstellt. Sie hat entlang ihrer humanistischen Schule krankmachende Effekte (geschlechter)konformer Erziehung reflektiert und patriarchale Verhältnisse und deren Auswirkungen analysiert sowie den Versuch unternommen, die Symptome und Leiden der Patientin auch als dysfunktionalen Anpassungsversuch zu verstehen. Dass der Patientin an einem bestimmten Punkt plötzlich kein Dialog mehr mit der Therapeutin möglich schien, ist paradoxerweise als Therapieerfolg zu werten, da sie sich mit aller Vehemenz gegen an sie herangetragene, unzumutbar erscheinende Forderungen wehrt. Die Patientin scheint nicht nur durch die Art der Darstellung und Formulierung auf dem Plakat, das in herabwürdigendem top-down Befehlston verfasst ist statt sachlich darzustellen, zu begründen oder aufzuklären irritiert. Auch die Tatsache, dass ihre Therapeutin dieses unkommentiert in der Praxis aufgehängt hat, statt aktiv über das Thema in Dialog zu treten, ihr im wahren Wortsinn die Message „aufs Auge gedrückt hat“, hat sie offenbar so vor den Kopf gestoßen, dass sie sich ihrerseits nicht mehr auf einen Diskurs einlassen wollte.

Verantwortung in der psychotherapeutischen Ausbildung

Psychotherapeutische Ausbildungseinrichtungen vermitteln die Fähigkeit, einen psychotherapeutischen Prozess mit Hilfe der erlernten fachspezifischen Methode zu begleiten. Dieser findet unter klar definierten Rahmenbedingungen statt, Psychotherapeut_innen sind fachlich weisungsfrei, arbeiten nach bestem Wissen und Gewissen auf eigene Gefahr und eigenes Risiko und müssen die Folgen ihres Tuns selbst einschätzen, absehen und tragen (Homm et al. 1996, S. 35f.). Das verlangt ein hohes Maß an Verantwortlichkeit für das eigene Denken und Handeln. Dabei ist die Unterscheidung zwischen der Verantwortung im Bereich der Rahmenbedingungen und der Verantwortung im therapeutischen Prozess hochrelevant. Es braucht Klarheit darüber, was diese Rolle jeweils erlaubt bzw. verbietet und was im Sinn der eigenen Arbeitsfähigkeit notwendig ist, damit sich eine an den Interessen und Bedürfnislagen der Patient_innen orientierte und nicht wertende Haltung einstellen kann (ebd., S. 94). Die Verantwortung für die Rahmenbedingungen liegt bei den Psychotherapeut_innen und nicht bei den Patient_innen. Diese entscheiden aber sehr wohl darüber, ob sie den therapeutischen Prozess beginnen, weiterführen oder beenden wollen (ebd., S. 78). Psychotherapeut_innen sind nicht verpflichtet, mit allen Patient_innen (weiter) zu arbeiten (ebd., S. 42) bzw. müssen sich selbst auch kritisch prüfen,

¹ Wenn Tatsachen verdreht und Unwahrheiten behauptet werden, um jemandem die eigene Wahrnehmung abzuspochen, spricht man von Gaslighting.

inwieweit das im jeweiligen Falle sinnvoll ist. Dass sie auch persönliche Interessen haben, wird nicht abgesprochen oder kritisiert, muss aber laufender Reflexion unterliegen, damit sie nicht in den therapeutischen Prozess hineingetragen werden (ebd., S. 96 f.).

Auf dieser Basis kann in der Psychotherapie-Ausbildung Folgendes in Bezug auf Verantwortung wie in der Fallvignette skizziert vermittelt werden:

- Psychotherapie kooperiert mit anderen Gesundheitsberufen: Eine positive Einstellung zu medizinisch begründeten Maßnahmen kann also bei Psychotherapeut_innen erwartet und auch im Ausbildungskontext empfohlen werden.
- Psychotherapie orientiert sich an Wissenschaftlichkeit – sie hat einsehbar, transparent und nachvollziehbar zu sein (Homm et al. 1996, S. 32). Wenn Psychotherapeut_innen ihren Patient_innen Informationen geben, müssen sich diese an seriösen Erkenntnissen der Wissenschaft orientieren (in diesem Fall: dass Impfung aus medizinischer Sicht sinnvoll ist). Demgegenüber hätte ein Infoblatt, das den Sinn einer solchen Impfung infrage stellt, im Wartezimmer von Psychotherapeut_innen nichts zu suchen. Der Aushang des NÖLP formuliert zwar ein gemeinsames Anliegen aller Gesundheitsberufe – von der Form her handelt es sich aber nicht um eine sachbezogene Information, sondern um eine Aufforderung, die als kumpelhaft und implizit bewertend aufgefasst werden und Patient_innen den Eindruck vermitteln kann, dass ihnen Dummheit unterstellt wird, wenn sie ihr nicht folgen. Es steht in der Verantwortlichkeit von Psychotherapeut_innen die in ihrer Praxis vermittelten Informationen nicht nur auf sachliche Richtigkeit, sondern auch auf formale Eignung zu prüfen.
- Psychotherapeut_innen sind zuständig und damit verantwortlich für die Rahmenbedingungen, die sie schaffen – aber nicht dafür, was die Patient_innen in diesem Rahmen dann tun. Sie sind zuständig und damit verantwortlich, wie sie in ihrer Rolle auf dieses Tun der Patient_innen reagieren – aber nicht dafür, wie die Patient_innen diese Reaktion erleben und was sie daraus machen. Therapeutische Professionalität zeigt sich nicht darin, dass keine Irritationen bei Patient_innen auftreten, sondern in ihrer Reaktion darauf. Psychotherapeut_innen müssen dabei eine gewisse Balance halten. Es ist nötig, Rahmenbedingungen zu schaffen, die in der eigenen Rolle Arbeitsfähigkeit ermöglichen – allerdings auf eine Weise, die Patient_innen als ganze Personen im Blick behält und sie in ihrer Besonderheit erkennt (Klar und Trinkl 2015).

Weil in kommunikativen Prozessen immer mehrere Faktoren eine Rolle spielen, die einander auch widersprechen können, müssen Psychotherapeut_innen im Feld unterschiedlicher Verantwortungsebenen entscheiden, welchen Außeneinflüssen sie im therapeu-

tischen Interesse Raum geben wollen. Keinesfalls darf Psychotherapie als Erziehungsinstrument verwendet werden, selbst wenn sich Psychotherapeut_innen und andere Gesundheitsberufe das z. B. bei der Corona-Schutzimpfung noch so sehr wünschen. Sprache und Bild sind wichtige Medien/Werkzeuge der menschlichen Kommunikation und bilden Wirklichkeit nicht nur ab, sondern konstituieren diese auch. Es ist besonders im psychotherapeutischen Setting wichtig, sprachsensibel zu sein und beim Zuhören wie beim Sprechen diesbezüglich aufmerksam zu sein. Als Expert_innen für Kommunikation müssen Therapeut_innen auch auf dieser Ebene wachsam bleiben und sich selbst, aber auch gesellschaftliche Diskurse hinterfragen. Kritische Diskursanalyse wäre ein wichtiger Lehrinhalt für Therapieausbildung.

Schlussgedanke

Psychotherapeut_innen können Menschen dazu anregen, sich auf individueller Ebene gegen gesundheits-schädigende und menschenunwürdige Umstände zu wehren, Grenzen aufzuzeigen, Selbstverantwortung zu übernehmen, das eigene Leben bewusst zu gestalten **und** solidarisch zu sein. Die Freiheit des Einzelnen entsteht erst in Verbindung und in Verantwortung für andere (Levinas 2014, S. 288). Sich mit Patient_innen auf dieser Ebene in Bezug zu setzen und gemeinsam nicht nur individuelle Gesundheitsprozesse sondern ebenso ein Klima der Verbundenheit und Zusammengehörigkeit zu schaffen, könnte als gesellschaftliche Verantwortung von Psychotherapeut_innen bezeichnet werden.

Förderung Wir danken der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Krems, Österreich, für ihre Unterstützung durch den Open Access Publikationsfonds.

Funding Open access funding provided by Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften.

Interessenkonflikt B. Schigl, S. Klar, U. Kobbé, K. Macke und E. Tenschert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Butler, J. (2020). *Die Macht der Gewaltlosigkeit. Über das Ethische im Politischen*. Berlin: Suhrkamp.
- Flick, S. (2013). Psychotherapeut_innen und die Kultur des Therapeutischen. *Freie Assoziation*, 16(3+4), 111–128.
- Freud, S. (1999a). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke* (Bd. 8, S. 376–387). Frankfurt am Main: Fischer. 1912.
- Freud, S. (1999b). Das Ich und das Es. In S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke* (Bd. 13, S. 235–255). Frankfurt am Main: Fischer. 1923.
- Gremmler-Fuhr, M. (2017). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (3. Aufl. S. 393–416). Göttingen: Hogrefe.
- Grubner, A. (2017). *Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus. Eine Streitschrift*. Wien: Mandelbaum.
- Homm, M., Kierein, M., Popp, R., & Wimmer, A. (1996). *Rahmenbedingungen der Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Jaeggi, E. (1997). *Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Hamburg: Rowohlt.
- Klar, S., & Trinkl, L. (Hrsg.). (2015). *Diagnose Besonderheit. Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kobbé, U. (2011). »tekhne tekhnon« oder Phantombilder des/r Beziehungsweisen (in) der Psychotherapie. In M. Wollschläger (Hrsg.), *Psychotherapie und Weisheit* (S. 131–156). Tübingen: dgvt.
- Küchenhoff, J. (2018). Scham und Beschämung – auch in psychoanalytischen Institutionen. *Forum der Psychoanalyse*, 34, 329–342.
- Lévinas, E. (2014). *Totalität und Unendlichkeit* (5. Aufl.). Freiburg, München: Alber.
- Nausner, L., & Diltsch, U. (2014). Wer handelt, macht Fehler – Risiken, Nebenwirkungen und Fehler aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie. In A. Leitner, B. Schigl & M. Märtens (Hrsg.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 112–115). Wien: Facultas.
- NÖLP (2021). Poster lass Dich impfen. <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/noelp/NOELP-Poster-Impfung.pdf>. Zugegriffen: 18. Dez. 2021.
- Schigl, B., & Gahleitner, S.B. (2018). Psychotherapeutische Fehler: Wie wir damit umgehen, macht den Unterschied. *Trauma & Gewalt*, 12(4), 322–332.
- Traue, B., & Pfahl, L. (2016). Die (Psycho)macht des Therapeutischen und die Optionalisierung des Handelns. In R. Anhorn & M. Balzereit (Hrsg.), *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10870-0_4.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- World Health Organisation (2018). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Zugegriffen: 5. Dez. 2021.
- Zehetner, B. (2015). Feministische Psychotherapie: Politik statt Pathologisierung Zur gesellschaftlichen Verantwortung von Psychotherapeut_innen. *Psychosozial* 38, 140(1), 11–24.
- Zizek, S. (1992). *Mehr-Geniessen. Lacan in der Populärkultur*. Wien: Turia & Kant.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.