

R. Klüwer

Was ist eine gute Psychotherapeutin, was ist ein guter Psychotherapeut?

Zusammenfassung Aus dem Blickwinkel einer psychoanalytischen Psychotherapie wird kurz eingegangen auf das Verhältnis zwischen Analyse und Therapie. Anschließend werden zehn Merkmale behandelt, die als Kriterien für einen guten Psychotherapeuten bzw. eine gute Psychotherapeutin gelten können.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Psychoanalyse, Setting, Wirkung, Verstehen, Verwöhnung, Fokalkonferenz.

Qu'est-ce qu'un bon ou une bonne psychothérapeute?

Résumé Un bref examen des rapports entre psychanalyse et psychothérapie permet de formuler la thèse suivante: dans la mesure où l'application de la méthode psychanalytique est indépendante du setting, elle peut être utilisée dans n'importe quel contexte – y compris dans ceux que nous avons l'habitude de nommer "psychothérapie". Une première caractéristique générale d'un bon psychothérapeute – parmi tous les thérapeutes utilisant la méthode psychanalytique – est donc qu'il est disposé à et que cela l'intéresse d'appliquer la méthode psychanalytique dans des settings variables. Dans ce sens, je considère Michael Balint comme un excellent exemple concret de ce qu'est un bon psychothérapeute psychanalyste.

Un bon psychothérapeute ne peut être parfait, il doit être – pour reprendre les termes de Winnicott – "suffisamment bon". Ceci implique qu'il accepte des limites de toutes sortes, en tant que produits du travail qu'il aura effectué sur ses idéalizations inconscientes. Sans cette démarche, des effets nocifs influenceraient le travail thérapeutique.

La psychothérapie analytique se fonde sur des aspects rationnels ("comprendre") – mais il faut effectuer une distinction entre "comprendre" et "montrer de la compréhension". Comprendre a à voir avec l'identification de rapports inconscients.

Il est caractéristique du travail thérapeutique qu'il tende, d'une part, à accepter des limites et, simultanément, à en fixer. Il arrive souvent que l'on confonde "comprendre" avec laisser-faire, permettre et encourager un acting-out; l'erreur est que l'on ne fait

How does one become a good psychotherapist?

Abstract A short discussion of some aspects of the relation between psychoanalysis and psychotherapy is followed by ten items which are relevant for a good psychotherapist.

Keywords: Psychotherapy, psychoanalysis, setting, effects, understanding, indulgence, focal-conference.

pas de différence entre établir une bonne relation thérapeutique et gêner le client. Pour qu'un développement psychique soit possible, il faut absolument que le rapport entre "permettre" et "frustrer" soit équilibré. La relation thérapeutique est caractérisée par un mélange d'identification empathique et d'une démarche dans laquelle le thérapeute se met au diapason des tendances cachées du patient, d'une part, et d'une constante prise de distance par rapport à ces aspects, d'autre part. Lorsque le thérapeute se met à la place du patient à titre d'essai, il participe à ses émotions ou des réactions se produisent en lui qui risquent de demeurer présentes sans qu'il le remarque. Pour "comprendre" de manière utile à la thérapie il est indispensable qu'il identifie dans un délai raisonnable les émotions et connivences intérieures provoquées par le patient.

Le/la psychothérapeute doit être en aussi bonne santé psychique que possible car son travail l'expose constamment aux infections psychiques. Il/elle doit en outre être suffisamment sain/e pour être capable de respecter la règle d'abstinence, c'est-à-dire pour éviter d'abuser du patient pour satisfaire ses propres besoins, quels qu'ils soient.

Le psychothérapeute devrait être doté d'une bonne dose de sens commun et d'un bon rapport à la réalité pour être capable de juger à bon escient.

Je n'entrerai pas dans le détail des textes décrivant les exigences posées à celui qui veut devenir psychothérapeute. Mais il me semble important de souligner qu'un thérapeute ne doit pas être "bon" pour chaque patient. Différents thérapeutes travaillent dans dif-

férents registres, interagissent mieux avec certains patients et sont souvent particulièrement habiles à traiter des pathologies spécifiques. Le bon thérapeute devrait avoir acquis ce que Bion nomme la "negative capability": la capacité à supporter des états négatifs tels le manque de sens, le désespoir, ou le manque de succès. Dans le cas en particulier de troubles profonds, il faut que le/la thérapeute puisse "survivre", c'est-à-dire supporter ces états tout en demeurant intérieurement en liaison positive avec le patient.

Le bon thérapeute ne considère pas qu'il est arrivé. Il ne considère pas le fait qu'il ait terminé sa formation en tant que fin d'un apprentissage, mais plutôt comme le début d'une phase dans laquelle il apprendra de manière plus indépendante. Être psychothérapeute implique un processus continu et non pas avoir atteint un état. Ce sont ses patients qui peuvent apprendre le plus au thérapeute. Il aura encore plus d'occasions d'apprendre s'il rencontre à intervalles réguliers des collègues pour débattre de matériel clinique – comme je le fais depuis plus de trente ans avec un certain nombre de confrères dans le cadre de ce que nous appelons "conférence focale". Tous ceux qui y participent ont souligné qu'elle leur a beaucoup appris, c'est-à-dire qu'elle leur a permis d'améliorer leurs compétences thérapeutiques. Une réunion d'une heure et demie a lieu chaque semaine, au cours de laquelle un groupe composé de jusqu'à dix candidats et thérapeutes diplômés discute d'une séance menée dans le cadre d'une thérapie brève, de l'interview initiale à la fin du traitement. Cette forme de collaboration me paraît supérieure à toutes les formes établies de formation continue et d'approfondissement des compétences cliniques.

Il est utile de réfléchir aux rapports entre "bon thérapeute" et "thérapeute efficace" – ces derniers temps les médias et différentes publications en ont fait des équivalents. On a l'impression qu'est bon ce qui est efficace et que seul ce qui est efficace est bon. Ce que

m'a raconté un collègue peut fournir matière à réflexion: il examinait une patiente qui, à son avis, avait été traitée pendant plusieurs années sans succès. Dans un certain sens, la patiente confirma son évaluation mais elle ajouta que le traitement avait représenté l'expérience la plus importante qu'elle eût jamais faite. Que devons-nous penser de ce genre de méta-effet qui, dans la mesure où il ne peut être quantifié, n'apparaît dans aucune statistique?

L'inverse devrait également faire réfléchir: une école pratiquant les thérapies brèves et se targant d'obtenir le plus haut pourcentage statistique de guérison – mais en pratiquant d'énormes manipulations. Il est tout à fait possible de "guérir" des patients en pratiquant systématiquement la manipulation – ceci est effrayant, mais vrai. Il suffit que le thérapeute évite de se demander quel est le prix que le patient va devoir payer.

Le bon thérapeute ne se laisse pas corrompre par le marché de la thérapie. Les patients qui considèrent la thérapie comme un article de consommation et qui attendent du thérapeute qu'il les serve peuvent corrompre la démarche thérapeutique. Le bon thérapeute ne se laisse pas abuser.

Le/la thérapeute décrit/e plus haut n'est bien sûr pas bon/ne pour tous les patients dans le sens où, pour une bonne part de ces derniers, le traitement ne peut représenter qu'un soutien. Des patients différents ont besoin de thérapies différentes et donc de thérapeutes différents.

Comme l'a montré Wallerstein dans son étude, les éléments de support contribués par une thérapie sont souvent sous-estimés. Il me semble que pour être compétent, un bon thérapeute doit maîtriser ce genre de paramètres. Ce qui n'exclut pas qu'il utilise les formes qui lui permettent d'exercer avec plaisir sa profession. Et ajoutons qu'un aspect non-négligeable de ce qui fait le/la bon/ne thérapeute est qu'il ou elle est capable d'effectuer avec plaisir un travail difficile.

Ich bin Psychoanalytiker und kann auf die Frage, was ein guter Psychotherapeut ist, nur für die analytische Psychotherapie antworten. Bei der Vieldeutigkeit der Bezeichnung Psychotherapie sind mir die vom Schweizer Therapeutenverband verabschiedete Charta und die dort formulierten Ausbildungskriterien sehr hilfreich, weil dort der weite Bereich der Psychotherapie auf solche Ausgestaltungen eingeengt ist, die hinsichtlich der Kompetenz einen der psychoanalytischen Ausbildung analogen Standard fordern. Ich habe den Eindruck gewonnen, daß es beim Vergleich beider zwar Unterschiede inhaltlicher Art gibt, nicht aber hinsichtlich des geforderten Standards.

Ich möchte einleitend kurz einige Worte über Psychoanalyse und Psychotherapie sagen. Die Psychoanalyse hatte ja eigentlich immer ein gespanntes Verhältnis zur Psychotherapie. Man sieht das schon daran, daß es in jahrzehntelangen Diskussionen nicht gelungen ist, sich darüber zu verständigen, was nun Psychoanalyse und was Psychotherapie ist. Die Schwierigkeiten dieses

Problems liegen auf mehreren Ebenen, denn sie berühren sowohl Fragen der psychoanalytischen Identität als auch Fragen der Technik und auch Fragen der Berufspolitik.

Kurt Eissler, ein namhafter Psychoanalytiker, äußerte 1965 die Meinung, ein guter Psychoanalytiker müsse nicht unbedingt ein guter Psychotherapeut sein und ein guter Therapeut nicht ein guter Analytiker. Das Kriterium für einen guten Analytiker ist Eissler zufolge die „meisterhafte Handhabung der analytischen Technik“. Seine Sicht des Verhältnisses von Analyse und Therapie geht davon aus, daß, um Freuds berühmtes Zitat vom „Gold der Analyse und vom Kupfer der Suggestion“ aufzugreifen, nur die psychoanalytische Behandlung im Unterschied zur psychotherapeutischen ohne Suggestion arbeite. Diese früher einmal wahrscheinlich richtige Einschätzung muß jedoch mit der Entwicklung, die auf dem gesamten Gebiet in den vergangenen Jahrzehnten stattgefunden hat, revidiert werden, und es ist zu erwarten, daß sich mit der Zeit ein neues Verständnis ihrer

Beziehung zueinander ergeben wird. In diesem Sinne äußerte sich z.B. J. Sandler 1990 über den betreffenden Zusammenhang: „Überdies sind die Vorstellungen, die wir alle über Psychoanalyse und Psychotherapie haben, durch eine Reihe von Stereotypen verdunkelt, und es ist an der Zeit, sich damit eingehender zu beschäftigen.“

Anlaß für eine Revision ihrer Beziehung zueinander sehe ich unter anderem in den Folgen der Ausdehnung der Anwendung der Psychoanalyse auf Gebiete jenseits des Bereichs der Neurose – ihrem eigentlichen Anwendungsgebiet, wie noch Anna Freud meinte – und die zunehmende Anhäufung von Wissen über die Natur der inneren Welt des Menschen.

Ein entscheidender Schritt im Verständnis der Anwendung der Analyse liegt in meinen Augen in der Erkenntnis, daß die Bewahrung des Goldes der Analyse nicht in der Aufrechterhaltung der Technik liegt, sondern in der Anwendung der analytischen Methode. Sie ist, sehr verkürzt formuliert, gekennzeichnet durch die sinngebende Verknüpfung unbewußter und bewußter Daten, in erster Linie in der therapeutischen Situation. Während die Anwendung der analytischen Technik im Eisslerschen Sinn nur auf die hochfrequente psychoanalytische, also die sogenannte klassische Behandlungsform beziehbar ist, ist die Anwendung der psychoanalytischen Methode nicht setting-abhängig, sondern sie kann vielmehr unter einer Vielzahl von Rahmenbedingungen erfolgen. Das bezieht sich sowohl auf die Anzahl der durchgeführten Wochenstunden und die Länge der Gesamtbehandlung, als auch auf weitergehende Rahmenveränderungen, wie sie etwa gegeben sind in einem Interview, einer Balintgruppe, einer therapeutischen Gruppe, einer Familie und weiteren denkbaren Settings.

Darum möchte ich als erste These aufstellen: da die Anwendung der psychoanalytischen Methode unabhängig ist vom Setting, kann sie in beliebigen Settings zur Anwendung kommen, die wir gewohntsgemäß als „Psychotherapie“ zu bezeichnen pflegen. Im Rahmen der mit der psychoanalytischen Methode arbeitenden Therapeuten ist darum ein erstes allgemeines Merkmal eines guten Psychotherapeuten die Bereitschaft und das Interesse daran, die psychoanalytische Methode in variablen Settings zur Anwendung zu bringen.

So ist eine Vielzahl psychotherapeutischer Behandlungsformen als vollgültige Verfahren ernst zu nehmen. Das klassische psychoanalytische Standardverfahren büßt seine spezifische Bedeutung nicht dadurch ein, daß es in vielen konkreten Fällen wegen innerer oder äußerer Gegebenheiten des Patienten nicht zur Anwendung kommen kann. Das Verfahren muß sich den Gegebenheiten des Patienten anpassen. Diese erforderlichen Anpassungen wurden bis heute in den zur Verfügung stehenden Ausbildungsgängen praktisch kaum gelehrt.

Ein Vorbild im Sinne der Anwendung der psychoanalytischen Methode im Bereich der Psychotherapie ist für mich, um ein Beispiel einer *konkreten* Person zu geben, Michael Balint. Er entwickelte die Modelle der Balintgruppe und der Fokalthherapie – zwei hervorragende Beispiele für die Anwendung der analytischen Methode im Rahmen der Psychotherapie.

Was können wir nun von einem guten Therapeuten erwarten?

Als erstes möchte ich nennen: Ein guter Therapeut ist nicht ein idealer Therapeut. Winnicotts Konzept der „good enough mother“ ist direkt übertragbar auf den Therapeuten: der gute Therapeut kann immer nur ein ausreichend guter Therapeut sein, d.h. er weiß um und erträgt eigene Grenzen in der Beziehung zu seinem Patienten. Die eigenen Grenzen ergeben sich aus seinen Abhängigkeiten von – um die wichtigsten aufzuzählen – seiner persönlichen Eigenart, der unvermeidlichen Begrenztheit seines Verstehens, der Bereitschaft und der Fähigkeit des Patienten mitzuarbeiten. Die Fähigkeit, sich als *ausreichend* guten Therapeuten akzeptieren zu können, impliziert eine innere Durcharbeitung von unbewußten Idealisierungen, die sich leicht in das Bild des guten Therapeuten einschleichen können. Sie sind für die therapeutische Arbeit schädlich, weil sie nicht nur unangemessenen Heilserwartungen nicht begegnen können, die sich nicht selten auf die therapeutische Arbeit richten, sondern im Therapeuten zur Konfusion führen, was in der jeweiligen therapeutischen Situation möglich und nicht möglich ist.

Analytische Psychotherapie ist eine Angelegenheit des Verstehens. Dabei müssen wir unterscheiden zwischen Verstehen und Verständnis zeigen. Obwohl Verständnis zu zeigen auch ein unspezifischer positiver therapeutischer Faktor ist, ist mit analytischem Verstehen gemeint, den unbewußten oder nicht bemerkten Zusammenhang zu erkennen, der das Motiv für das Problem bildet, unter dem der Patient aktuell leidet. Solches Verstehen verbindet sich in dem Augenblick, in dem es sich einstellt, zumeist mit einem spezifischen Evidenzgefühl, das sich aus dem Entstehen eines sinnvollen Zusammenhangs von bis dahin unverbunden gebliebenen Elementen bildet. Der gute Therapeut hat ein Gefühl dafür entwickelt, auf welcher Stufe des Verstehensprozesses er sich mit der Verstehensarbeit zufrieden geben darf.

Therapeutische Arbeit ist durch eine einerseits annehmende und zugleich Grenzen setzende Tendenz gekennzeichnet. Während die annehmende Tendenz ganz selbstverständlich mit dem Bild des Therapeuten verbunden wird, ist die Grenzen setzende Tendenz sowohl im Selbstverständnis mancher Therapeuten wie im öffentlichen Bild unterbelichtet. Es gibt eine verbreitete und schädliche Konfusion von Verstehen mit Erlauben oder Laufenlassen, mit Ermunterung zum Ausagieren. Zwar wird hierdurch häufig eine kurzfristige Erleichterung verschafft, in Wahrheit aber bleibt es zumeist eine kurzfristige Maßnahme. Der gute Therapeut weiß die Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten Beziehung von einer verwöhnenden Haltung zu unterscheiden. Eine tragfähige gute Beziehung kann nicht ohne Zumutung von Versagungen entstehen. Nur dann ist sie Belastungen gewachsen. Ein ausgewogenes Verhältnis von Gewähren und Versagen ist die Voraussetzung, seelisches Wachstum in Gang zu bringen.

Die therapeutische Beziehung ist charakterisiert durch das Zusammenspiel von einem sich identifizierenden Einfühlen, einem empathischen Sich-Einlassen auf die verborgenen Tendenzen des Patienten einerseits

und einem sich davon immer wieder Distanzieren andererseits. Die probeweise Einfühlung kann zu einem Mitmachen der inneren Bewegungen führen oder zu einem unbemerkt bleibenden darauf Reagieren. Für das erforderliche Verstehen ist entscheidend, daß diese durch den Patienten ausgelösten inneren Beteiligungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums vom Therapeuten erkannt werden. Er bringt sie dann entweder zur Sprache oder er verwertet sie zumindest im Dienste von Information über die innere Situation des Patienten. Die Fähigkeit, die beschriebenen Schritte in den unterschiedlichsten Konstellationen im therapeutischen Prozess immer wieder wiederholen zu können, bildet den wesentlichsten Teil der therapeutischen Kompetenz. – Im Unterschied zur psychoanalytischen Behandlung wartet der Psychotherapeut weniger ab und arbeitet rascher mit den Phänomenen der Beziehung.

Der Therapeut kann für seine Arbeit nicht seelisch gesund genug sein. Er ist ununterbrochen psychischen Infektionen ausgesetzt, die oft schwer zu erkennen sind. Er sollte so gesund sein, daß die Einhaltung der therapeutischen Abstinenz gewährleistet bleibt, d.h., daß der Patient nicht insgeheim zur Befriedigung eigener Bedürfnisse benutzt wird. Ich denke dabei nicht so sehr an konkreten sexuellen Mißbrauch, sondern an verstecktere Formen, gegen die sich der Patient nicht schützen kann, weil diese in der Regel ganz unbemerkt bleiben: So kann – um ein Beispiel zu nennen – der Patient dazu dienen, den Patiententeil des Therapeuten zu repräsentieren, während dem Therapeuten seine eigene Bedürftigkeit verschlossen bleibt. Statt sich selbst einer Behandlung auszusetzen, d.h. sich als Patient zu erfahren, behandelt er Patienten.

Einen Sonderaspekt der Gesundheit des Therapeuten sehe ich darin, daß er einen guten Realitätsbezug haben sollte, einen gesunden common sense. Malan erwähnt in einem seiner Bücher einen Fall einer älteren Frau, die jahrelang von Arzt zu Arzt und Therapeut gelaufen war. Sie tauchte schließlich in seiner Ambulanz auf. Er war sich schnell klar darüber, daß dieser Frau nicht zu helfen war. Das hatten wahrscheinlich auch Vorbehandler erkannt, aber keiner hatte es ihr zu sagen gewagt. Er tat es und die Frau war ihm dankbar dafür, daß er ihr die Wahrheit gesagt hatte. Sie konnte ihre Lage akzeptieren und eine falsche Hoffnung aufgeben, die durch die Behandler immer wieder unterhalten wurde.

Natürlich sollte jemand, der die Ausbildung zum Therapeuten machen will, eine Reihe von Voraussetzungen mitbringen in Form von entsprechenden Begabungen, Interessen und Neigungen, die in der entsprechenden Literatur nachzulesen sind und die ich hier nicht wiederholen möchte. Erwähnen sollte ich in dem heutigen Zusammenhang aber vielleicht doch, daß ein guter Therapeut nicht für jeden Patienten gut sein muß. Manche Therapeuten haben besonderes Geschick, mit *bestimmten* pathologischen Strukturen zu arbeiten, seien es z.B. Hysterien oder Psychosen, mit anderen Pathologien aber nicht so gut. Auch ist die Spielbreite, „mit wem man kann“, von Therapeut zu Therapeut verschieden. Es scheint mir auch in dieser Hinsicht wichtig, seine eigenen Grenzen zu kennen und

akzeptieren zu können. Überhaupt sollte sich der gute Therapeut erarbeitet haben, was Bion die „negative capability“ nannte: die Fähigkeit, negative Zustände wie Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Erfolglosigkeit ertragen zu können. Bei tieferen Störungen geht es in bestimmten Phasen der Behandlungen nicht selten darum, daß der Therapeut überlebt, und das heißt konkret, derartige Zustände aushalten zu können und dennoch mit dem Patienten in einer guten Verbindung zu bleiben.

Der gute Therapeut versteht sich nicht als fertig. Die Beendigung einer Ausbildung versteht er nicht als das Ende eines Lernvorgangs, sondern eher als den Anfang einer selbständigeren Form von Lernen. Psychotherapeut – das ist ein Prozeß und kein Endzustand. Die Vielgestaltigkeit der möglichen menschlichen Problemlagen übersteigt um ein Vielfaches den möglichen Erfahrungsraum eines einzelnen Lebens. Am meisten kann der Therapeut lernen von seinen Patienten. Die Lernmöglichkeiten werden erheblich gesteigert, wenn mit Kollegen über klinisches Material gesprochen wird. Ich habe über einen Zeitraum von bald 30 Jahren in der aufeinanderfolgenden Zusammenarbeit mit zahlreichen KollegInnen ausgezeichnete Erfahrungen machen können mit einer wöchentlich stattfindenden Einrichtung, die wir „Fokalkonferenz“ nennen. Ich erwähne sie heute in diesem Zusammenhang, weil alle, die mitarbeiteten, erlebten, daß sie in dieser Zusammenarbeit, wie immer wieder gesagt wurde, „so viel lernen konnten“, d.h. also ihre therapeutische Kompetenz erheblich verbessern konnten. Die Arbeitsgrundlage ist die gemeinsame systematische und regelmäßige Besprechung von Stundenprotokollen von einer Kurztherapie, die vom jeweiligen Behandler Woche um Woche schriftlich zur Verfügung gestellt werden. Die Konferenz setzt sich zusammen aus bis zu zehn auszubildenden oder ausgebildeten Therapeuten. Dieser Rahmen bietet dem Teilnehmern Erfahrungsmöglichkeiten, die übliche Ausbildungsgänge nicht zu bieten pflegen: infolge der Vernachlässigung der Kurztherapie gibt es für sie sowieso kaum Ausbildungsangebote. Das Material einer Kurztherapie, d.h. die gemeinsame Arbeit von Patient und Therapeut, wird von Anfang bis zu ihrem Ende Stunde um Stunde besprochen. Alle haben die Möglichkeit, einen Gesamtverlauf einer Behandlung zu sehen – eine Vorgehensweise, die auf Kurztherapien beschränkt sein dürfte. Diese Art der Zusammenarbeit am Material einer „lebendigen Behandlung“, gemeinsam von Fortgeschrittenen und Anfängern mit dem Behandler, scheint mir allen anderen etablierten Formen von Ausbildungen, also Vorlesung, Seminar und Supervision, hinsichtlich der Vertiefung von klinischer Erfahrung überlegen. Wegen meiner langjährigen positiven Erfahrung mit dieser Einrichtung möchte ich mich nachdrücklich für ihre Verbreitung einsetzen und sie Ihnen zur Nachahmung empfehlen. Es handelt sich um die qualifizierteste mir bekannte Verbesserung der fachlichen Kompetenz des Therapeuten.

Wie ist das Verhältnis zwischen einem guten Therapeuten und einem wirksamen Therapeuten? Ist die Wirkung der Therapie der Maßstab ihrer Güte? Wenn man die jüngste Literatur, die auf sich aufmerksam

macht, und wenn man Schlagzeilen in den öffentlichen Medien heranzieht, könnte man meinen, es sei so: Gut ist, was wirkt, und nur, was wirkt, ist gut. Wozu soll er sonst gut sein? Diese Logik scheint schwer zu widerlegen. Mir fällt die Mitteilung eines Kollegen ein, der von Jahren eine Nachuntersuchung mit einer Patientin machte, die er, nach seiner Einschätzung, jahrelang hochfrequent, doch leider ohne Erfolg behandelt hatte. Die Patientin bestätigte in gewisser Weise die Einschätzung des Kollegen, sagte dann aber zu seiner Überraschung, die Behandlung sei die wichtigste Erfahrung, die sie in ihrem Leben machen konnte. Was ist das? Eine Meta-Wirkung, die wir in der Erfolgsstatistik nicht verbuchen können, und die doch im psychischen Gesamthaushalt der Patientin zu Buche schlägt?

Oder ich denke an das Umgekehrte: es gibt eine Kurztherapierichtung, die statistisch die größten Heilerfolge aufzuweisen hat. Die Erfolge werden erzielt durch den massiven Einsatz von Manipulation, und die Manipulation bedient sich zugleich bewährter psychodynamischer Konzepte. Man kann Patienten – das ist erschreckend, aber wahr – mittels gekonnter Manipulation „gesund“ machen, wenn man sich nicht dadurch in Konflikte gebracht sieht, was der Preis für diesen Erfolg ist. Ist das ein guter Therapeut? Ein wirksamer fraglos. Darum denke ich, wir können die Frage der „Güte“ nicht allein von der Wirkung abhängig machen, sondern fragen: gut – wofür? und nicht jeden Erfolg unbesehen und unkritisch für gut erklären.

Der gute Therapeut ist ein Anwalt der Not des Patienten. Der Markt hat aber auch Mißstände hervorgerufen: es gibt Patienten, die Therapie als Konsumartikel verstehen und erwarten, vom Therapeuten bedient zu werden. Wenn der Therapeut darauf eingeht, korrumpiert er die Therapie. Der gute Therapeut läßt nicht zu, sich mißbrauchen zu lassen.

Und als letztes: Die Frage gut – wofür? möchte ich abschließend noch in eine andere Richtung führen: ist der beschriebene Therapeut mit seiner psychodynamischen Kompetenz gut für alle *Patienten*? Natürlich nicht, weil eine große Zahl von Patienten nur unterstützend zu behandeln sind. Unterschiedliche Patienten

brauchen unterschiedliche Therapien und damit unterschiedliche Therapeuten.

Wallerstein kam in einer großangelegten vergleichenden Untersuchung über verschiedene Psychotherapieformen zu dem Ergebnis, daß „die supportiven Elemente aller Therapien, so wie sie in der psychoanalytischen Theorie konzeptualisiert sind und von psychoanalytisch ausgebildeten Therapeuten verwendet werden, weit respektvollere Beschreibung in all ihren Formvarianten (verdient), als sie gewöhnlich in der psychoanalytischen Literatur gewährt wird“.

Da ich in erster Linie über die psychodynamische Kompetenz gesprochen habe, möchte ich ausdrücklich betonen, daß ich die Beherrschung solcher Parameter als für die Kompetenz des Therapeuten wichtig erachte. Unbenommen davon dürfte bleiben, daß der Therapeut die Formen favorisiert, die er mit Freude ausübt. Überhaupt, und damit möchte ich schließen, ist ein nicht zu unterschätzendes Moment für die Einschätzung des guten Therapeuten, daß er fähig ist, seine schwere Arbeit mit Freude auszuüben.

Literatur

- Balint M et al (1973) Fokaltherapie. Suhrkamp, Frankfurt/M
Bion WR (1970) Attention and interpretation. Karnac Books, London
Eissler K (1965) Medical orthodoxy and the future of psychoanalysis. Int. Univ. Press, New York
Freud S (1919) Wege der Psychoanalytischen Therapie. GW, Bd XII
Klüwer R (1995) Studien zur Fokaltherapie. Suhrkamp, Frankfurt/M
Malan D (1965) Psychoanalytische Kurztherapie. Klett, Stuttgart
Sandler J (1989) Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie: das Problem der Abgrenzung. DPV-Information
Wallerstein RS (1989) Psychoanalysis and Psychotherapy. J Am Psycho Ass: 563–591
Winnicott DW (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München

Korrespondenz: Dr. Rolf Klüwer, Westendplatz 39, D-60325 Frankfurt am Main, Bundesrepublik Deutschland.

Rolf Klüwer promovierte 1953 in Köln als Psychologe. Psychoanalytische Ausbildung in München, Zürich und Frankfurt. 1964 bis 1989 als wissenschaftlicher Mitarbeiter und später Professor am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt und am Institut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig. Publikationen vorwiegend über Fokaltherapie, Supervision.