

Reziproke Wahrnehmung und Begegnung von PsychotherapeutIn und PatientIn außerhalb der Therapie: Chance oder Risiko?

Imke Wörmer

Zusammenfassung: Reziproke Wahrnehmung und Begegnung von PsychotherapeutIn und PatientIn außerhalb der Therapie: Chance oder Risiko?

Der Text zeigt die Notwendigkeit eines zustimmenden, reflektierten und proaktiven Umgangs mit möglichen Begegnungen zwischen TherapeutIn und PatientIn außerhalb der Therapie, als einer Facette beruflicher Realität, die nicht zur Gänze auszuschließen ist. Diese Faktizität wird in ihrer Risikodimension als auch in der Potenzialorientierung reflektiert. Mögliche differenzielle Wirkungen werden benannt und mit konkreten Praxisbeispielen veranschaulicht. Überlegungen, wie einerseits Risiken und Schäden durch Kontakte, Begegnungen und Verbindungen im nicht-therapeutischen Kontext minimiert, und andererseits damit verbundene Chancen und Potenziale bestmöglich genutzt werden können, schließen sich an. In diesem Sinne werden mittels zentraler Konzepte und Ziele der Integrativen Therapie und mittels der Ergebnisse einer ExpertInnendiskussion (Wörmer, 2010) hilfreiche therapeutische Grundhaltungen zu und mögliche Umgangsvarianten mit dieser Thematik vorgestellt.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, ländlicher Raum, therapeutische Beziehung, Risiken und Chancen, therapeutische Haltung

Abstract: Reciprocal perceptions and encounters between patient and psychotherapist outside of therapy: opportunities or risks?

The possibility of encounter between therapist and patient outside the therapy setting is one aspect of professional reality that cannot entirely be ruled out. This text shows the need to acknowledge and deal with such encounters in a proactive and reflective manner, and looks at the dimension of its effect as a risk factor as well as a potential opportunity. A range of possible effects will be presented and illustrated with concrete practical examples. Following are considerations of how risks and damage through contacts, encounters, and connections in the non-therapeutic context can be minimised, and how, on the other hand, associated opportunities can be used to their best potential. In this sense, central concepts and objectives of Integrative Therapy, as well as outcomes of an expert discussion (Wörmer, 2010), are being used to present helpful fundamental attitudes of the therapist and possible ways of responding to and dealing with such scenarios.

Keywords: Integrative Therapy, rural region, therapeutic relationship, risks and opportunities, therapeutic attitude

Einleitung

Im folgenden Artikel geht es um mögliche private Begegnungen zwischen PsychotherapeutInnen und PatientInnen, die aufgrund eines gemeinsamen Kontextes außerhalb des therapeutischen Settings entstehen können. Diese Facette beruflicher Realität ist optional immer gegeben bzw. nie mit Sicherheit auszuschließen [1].

Im Kontext des Diskurses zu Nebenwirkungen und Schädigungen von/durch Psychotherapie (Leitner, 2011) werden direkte und indirekte Kontakte und Verbindungen zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen außerhalb der Therapiestunde problematisiert. (Indirekte Kontakte können etwa über dritte Personen aus sich überschneidenden sozialen Kontexten bestehen.)

Es kann und will hier kein Patentrezept dafür gegeben werden, wie TherapeutInnen (und PatientInnen) idealer Weise mit diesen Gegebenheiten umgehen sollen. Mein Anliegen ist es, den Diskurs zu diesem Phänomen anzuregen und damit zur Sensibilisierung dieser nicht unproblematischen Thematik beizutragen. Welche Risiken, aber auch welche Chancen bringen die hier beschriebenen Gegebenheiten mit sich?

Dabei richte ich den Focus auf mögliche Auswirkungen auf den Therapieerfolg (oder –misserfolg), sowie auf multiple maligne oder benigne Folgen für PatientInnen, als auch auf mögliche negative oder positive Einflüsse für TherapeutInnen. Letzteres ist auch im Rahmen berufsspezifischer Selbstfürsorge und Burnout-Prophylaxe beachtenswert.

Überlegungen, wie einerseits Risiken und Schäden durch Kontakte, Begegnungen und Verbindungen im nicht-therapeutischen Kontext minimiert, und andererseits damit verbundene Chancen und Potenziale bestmöglich genutzt werden können, schließen sich an. Hierfür werden zentrale theoretische Konzepte der Integrativen Therapie, sowie Ergebnisse einer ExpertInnendiskussion (bestehend aus Integrativen TherapeutInnen) herangezogen (Wörmer, 2010). Abschließend werden hilfreiche therapeutische Grundhaltungen zu und mögliche Umgangsvarianten mit dieser Thematik reflektiert.

Wo liegt das Problem?

Es kann, vor allem in ländlichen Regionen, immer wieder vorkommen, dass TherapeutInnen ihren PatientInnen, oder Menschen aus deren sozialen Kontexten, auch im Alltag begegnen. Es kann vorkommen, dass TherapeutInnen therapierelevante dritte Personen aus ihrem eigenen privaten Kontext her kennen: Der Sohn der Patientin und der Sohn der Therapeutin musizieren an demselben Vortragsabend oder gehen in dieselbe Schule. – Der Patient ist Neffe der Kollegin, Vater der Nachbarin, der Mann der Bürgermeisterin. – Der „Täter“ ist ein ehemaliger Mitschüler der Therapeutin, die von dem Patienten negativ beschriebene Mutter ist eine gute Bekannte. – Der Therapeut und die Patientin treffen sich beim Einkaufen, auf einer kulturellen Veranstaltung, oder im Schwimmbad. – ...

„Ja und? Warum ist das ein Thema?“ Hierzu drei Gründe:

Erstens: Alltagsbegegnungen sind (for better or worse) unwiderruflich Teil des interaktionalen Erfahrungsschatzes von TherapeutIn und PatientIn. Alltagsbegegnungen (zwischenmenschliche Erfahrungen im außertherapeutischen Kontext) konstituieren somit die therapeutische Beziehung ebenso, wie Erfahrungen, die innerhalb des therapeutischen Settings generiert werden. Und das ist insofern hoch relevant, als die Qualität der therapeutischen Beziehung Hauptwirkfaktor im therapeutischen Geschehen ist (Leitner, 2011). Nun ist es der Definition nach Aufgabe der Therapeutin, das Beziehungsgeschehen zu erkennen und reflektiert zu beeinflussen. Dabei spielt unter anderem die Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik einen eminenten Part. Übertragungskonstellationen sollen erfahrbar, gemeinsam interpretiert, und verändert werden (Leitner, 2010). Erstreckt sich nun das Beziehungsgeschehen von TherapeutIn und PatientIn durch Alltagsbegegnungen in den komplexeren und unkontrollierten Raum außerhalb der Therapie, wird das Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen zweifellos dichter. Die Projektionsfläche für Übertragungen des Patienten wird größer, wenn er seinen Therapeuten in anderen (professionellen oder privaten) Rollen wahrnimmt. Auch die Möglichkeit für Gegenübertragungen seitens der Therapeutin kann sich vergrößern, wenn sie den Patienten in anderen Kontexten, außerhalb der Therapie, wahrnimmt [2]. Die Verdichtung des Übertragungsgeschehens kann die therapeutische Beziehung optional bereichern, *wenn* die jeweilige Thematik wahrgenommen und bearbeitet werden kann. Auf diese Weise würde im Rahmen von Alltagsbegegnungen therapeutisch relevantes Material generiert und in den Prozess integriert. Oft kann dasselbe Phänomen aber auch die Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit oder -bereitschaft (!), sowie die Integrationsfähigkeit der Patientin oder der Therapeutin überfordern. In diesem Fall würde die Verdichtung des Übertragungsgeschehens die therapeutische Beziehung belasten und therapeutische Ziele gefährden.

Zweitens: Es ist Faktum, dass sich die hier diskutierte Realität eines gemeinsamen extratherapeutischen Kontextes in etwa gleichen Teilen positiv, negativ oder neutral, sowohl auf den Therapieprozess, als auch auf den Therapeuten, als auch auf den Patienten auswirken kann (Wörmer, 2010). Diese Faktizität gilt es in der Risikodimension als auch in der Potenzialorientierung zu reflektieren, um gezielte „Wirksteuerung“ (Ehrhardt & Petzold, 2011, S. 138) zu fördern. Mögliche differenzielle Wirkungen werden weiter unten benannt und mit konkreten Beispielen veranschaulicht.

Drittens: Die Frage ist, ob sich TherapeutInnen, die einen privaten oder öffentlichen Raum mit ihren PatientInnen teilen, kompatibel zu gegebenen Berufskodizes verhalten oder sich eigentlich bereits in der berufsständischen Illegalität befinden. Unsere Thematik ruft unweigerlich die so genannte „Abstinenz-Thematik“ auf den Plan. Mit „Abstinenz“ im Freud’schen Sinne wäre der hier beschriebene Aspekt beruflicher Realität, nämlich die grundsätzliche Möglichkeit von extrathera-

peutischen Kontakten zu PatientInnen oder Personen aus deren sozialen Kontexten, ganz sicher nicht vereinbar (Wörmer, 2010). Psychoanalytische Konzepte Freud'scher Provenienz, wie das der „Abstinenz“ kursieren zum Teil unhinterfragt sowohl in den Köpfen der ExpertInnen, als auch in denen der PatientInnen, in den Köpfen der KooperationspartnerInnen und der gesellschaftlichen Öffentlichkeit. Wenn der Abstinenzbegriff nicht expliziert wird, kann das Vorhandensein direkter oder indirekter Begegnungen und Bekantheiten außerhalb der Therapie, als „Abstinenzbruch“ und somit als standeswidriges therapeutisches Verhalten, eingeordnet werden. Daher muss diese Begrifflichkeit expliziert werden, um Unklarheiten im Zusammenhang mit der Profession Psychotherapie, oder auch subtil wahrgenommene Inkompatibilitäten zu vermeiden. Die Tatsache, dass Freud selbst als Praktiker mit seinen eigenen Theoremen längst nicht immer kongruent war, sei hier der Vollständigkeit halber nur erwähnt (Cremerius, 1981; Schuch, 2007). Der Begriff „Abstinenz“, das sei kritisch bemerkt, wird auch im Integrativen Fachdiskurs nicht durchgehend eindeutig kommuniziert. Einerseits positioniert sich die Integrative Therapie in klarer Distanz [3]: „Abstinenz“ als klinisches Beziehungskonzept (Nicht-Einbringen der eigenen Person, Niederhaltung der Gegenübertragung, Gefühlskälte eines Chirurgen, Ideal der Spiegelhaltung, Berührungstabu) ist obsolet, ist aus heutiger Sicht mit dem zentralen Wirkfaktor „Beziehung“ inkompatibel, und kann sogar Therapieschäden („maligne Abstinenz“, Chronifizierung und Retraumatisierung durch ein nicht respondierendes therapeutisches Gegenüber) bewirken (Osten, 2000; Petzold, 2003). Abstinenz wird daher in der Integrativen Therapie durch die Konzepte „selektive Offenheit“, „partielles Engagement“ und „integre Eindeutigkeit“ ersetzt (Petzold, 2003). Andererseits wird der Begriff an der Stelle doch immer wieder aufgegriffen, wo es um Fragen zu ethisch integrem therapeutischen Verhalten geht, bzw. zu regelwidrigem Verhalten, das soziale, geschäftliche, finanzielle, emotionale oder sexuelle Grenzverletzungen gegenüber dem Patienten beinhalten kann. Es wird dann von „Abstinenz-Thematik“ gesprochen (Gerlich, 2011, S. 54; Hinterwallner, Gerlich & Koschier, 2011, S. 70). Meines Erachtens würde es inhaltliche Vermischungen vermeiden helfen, wenn zu dieser bedeutsamen Thematik andere Begrifflichkeiten, wie „Eindeutigkeit und Klarheit in Kommunikation und Interaktion“, „Wahrung von Grenzen“, „Verzicht“, „Respekt im Umgang mit Würde und Integrität“, statt „Abstinenz“ benutzt würden, denn dieser bringt die Freud'schen Theoreme unweigerlich mit hinein [4]. Ich werde also im Folgenden von der „Abstinenz-Thematik“ Abstand nehmen, nicht jedoch von der Frage, inwieweit Begegnungen von PsychotherapeutIn und PatientIn außerhalb der Therapie aus klinischer, ethischer und juridischer Perspektive lege artis sind, oder inwieweit Begegnungen im Alltag das Risiko für Schäden seitens der PatientInnen (aber auch der TherapeutInnen) erhöhen können. In modernen Therapieverfahren, die dem „Neuen Integrationsparadigma“ (Petzold, 2003) angehören, wird in direkter Begegnung und Auseinandersetzung gearbeitet. „Intersubjektivität“, „Ko-respondenz“ und „Ko-existenz“ sind die axiomatischen Konzepte der Integrativen Therapie zu therapeutischer Relationalität (Leitner, 2010; Petzold, 2003). Das bedeutet, Begegnungen im Alltag sind nicht unvereinbar mit integrativen Theoremen (Wörmer, 2010). Das bedeutet nun *nicht*, dass PsychotherapeutInnen mit der grundsätzlichen Möglichkeit eines gemeinsamen Kontextes, möglichen Begegnungen mit ihren Patien-

tInnen außerhalb der Therapie, leichtfertig umgehen dürfen, ganz im Gegenteil: Erhöhte Risiken sind aufgrund dieser Realität auf allen Ebenen gegeben. Und der Umgang mit ihr erfordert eigenverantwortliche Reflexion und Überprüfung der konkreten Situation, um zu einer situations- und indikationsspezifischen Einschätzung zu kommen, die wiederum zu flexiblem (statt allzu starrem) und angemessenem Handeln führt. Dies erfordert maximale Professionalität, Integrität, Problembewusstsein und Informationsbereitschaft von den TherapeutInnen.

Sollten TherapeutInnen diese Gegebenheiten (die Möglichkeit von Kontakten, Begegnungen und Verbindungen im nicht-therapeutischen Kontext) aus professionellen oder persönlichen Gründen nicht wollen, können sie sie wie oben bereits erwähnt, nicht zur Gänze ausschließen, nur begrenzen. Sie können es sich beispielsweise zur Regel machen, keine PatientInnen aus ihrem Wohnort oder der näheren Umgebung in Psychotherapie zu nehmen. Sie können keine PatientInnen annehmen, zu denen es ein anderes Verhältnis außerhalb der therapeutischen Beziehung gibt, oder zu denen über Dritte eine indirekte Verbindung zum Patienten besteht. Allerdings kann nie ausgeschlossen werden, dass direkte oder indirekte Bekantheiten zwischen TherapeutIn und PatientIn, die dann einen gemeinsamen Kontext schaffen würden, erst im Laufe der Therapie aufgedeckt werden oder erst im Laufe der Therapie entstehen. Wollen PatientInnen die Möglichkeit einer Begegnung mit ihrer Therapeutin im Alltag vermeiden, nehmen sie aus diesem Grund eventuell lange Anfahrtswege in Kauf, statt eine Therapeutin vor Ort aufzusuchen. Aber selbstverständlich kann auch hier nur die Wahrscheinlichkeit von Begegnungen reduziert, aber nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Es folgen nun einige Beispiele, damit das gedankliche Skelett etwas Fleisch durch die konkrete Vorstellung erhält. Diese und andere anonymisierte Beispiele werden in Wörmer (2010) aufgeführt und entstammen dem Erfahrungsschatz Integrativer TherapeutInnen. Sie können den hier diskutierten Teil von Realität psychotherapeutischer Tätigkeit selbstverständlich nicht umfassend illustrieren; auch können sie an dieser Stelle nur selektiv gelesen werden, um bei Bedarf zurückzublättern ... Ihnen, geschätzte LeserInnen werden sicher spontan weitere Beispiele aus Ihrer eigenen Praxis einfallen!

Beispiele

Reziproke Wahrnehmungen und Begegnungen außerhalb der Therapie können in Form direkter zufälliger Begegnungen stattfinden, durch andere Bekantheiten und Verbindungen zwischen TherapeutIn und PatientIn außer der therapeutischen (Spezialformen sind hier durch berufliche Rollen- und Funktionsdiversität des Therapeuten oder durch historische und aktuelle Rollenverwobenheit gegeben), oder durch Bekantheiten und Verbindungen über dritte relevante Personen aus sich überschneidenden sozialen Kontexten.

Es finden zufällige Begegnungen und Kontakte zwischen PatientIn und TherapeutIn statt.

Eine Affäre

Der Patient erzählt in der Therapie von einer Affäre. Es werden Zusammenhänge zwischen seiner Depression und seiner Ehe thematisiert. Auf einem Weinfest trifft die Therapeutin den Patienten in Begleitung seiner Ehefrau, die sie aus anderen Zusammenhängen kennt. Der Patient spielt „happy Beziehung“ vor. Die Therapeutin kann sich nicht im „natürlichen Modus“ gegenüber der Ehefrau verhalten, weil sie von der Affäre weiß, dieses Wissen jedoch im Rahmen der Therapie generiert hat, und somit zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Inhaltlich kann sie in den folgenden psychotherapeutischen Sitzungen das Geschehen mit dem Patienten gut aufarbeiten.

Auffrischung

Die Therapeutin trifft beim Spazierengehen, ein halbes Jahr nach langem, gut abgeschlossenem Therapieprozess, eine ehemalige Patientin. Die Therapeutin freut sich, diese Patientin zu sehen, und geht spontan auf sie zu. Die beiden Frauen reden ein bisschen, und eine Woche später erhält die Therapeutin eine E-Mail. Die Patientin schreibt, dass sie der zufällige Kontakt sehr gefreut habe, und er eine quasi auffrischende Wirkung auf sie hatte. Sie hat das Gefühl, die Therapeutin sei „nicht ganz aus der Welt“, Therapieinhalte werden ihr in Erinnerung gerufen, und sie erlebt diese Begegnung als bestärkend.

Schwere Einkaufstaschen

Die Therapeutin ist in diesem Beispiel Ausbildungskandidatin, also in der Rolle der Klientin. Sie kommt etwas zu früh in die Sitzung und sieht eine Frau, die sich mit schweren Einkaufstaschen die Treppe hinauf müht. Es handelt sich um ihre Lehrtherapeutin, aber die Klientin erkennt sie erst, als diese die Tür zu ihrer Wohnung/Praxis aufsperrt. Die Klientin erkennt ihre Lehrtherapeutin in der Rolle als „solch mühevoll sich Abarbeitende“ zunächst nicht, weil sie quasi von ihrem bisherigen Erleben, „sehr imponierend empfundene Lehrtherapeutin“ verblendet ist. Das Erkennen bedeutet für die Klientin im ersten Moment einen Schock. In ihrer Wahrnehmung ist die Therapeutin nach diesem Erlebnis nicht weniger kompetent, aber weniger „strahlend“ und weniger „ideal“.

Tanzen

Auf einem Fest mit 200 Leuten ist auch eine Patientin der Therapeutin anwesend. Die Therapeutin hat Lust zu tanzen. Sie fragt sich, ob sie das tun soll. Sie entscheidet sich für das Tanzen, sie habe schließlich auch ihr Privatleben, ihre Bedürfnisse und ihre Lust. Die Patientin erwähnt diesen zufälligen Kontakt in der nächsten Psychotherapiestunde nicht. Hätte die Therapeutin ihrerseits das Gefühl gehabt, es wäre in irgendeiner Weise von Relevanz für den Prozess gewesen, hätte sie es von sich aus angesprochen.

Es existieren andere Bekanntheiten und Verbindungen zwischen TherapeutIn und PatientIn außer den therapeutischen.

Meine erste Patientin

Der Therapeut erinnert sich gut. Es ist 20 Jahre her. Der Therapeut und die Patientin kennen einander. Diese private Bekanntheit ist Voraussetzung dafür, dass für die Patientin der Schritt, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, überhaupt möglich ist. Der Therapeut ist mit fast allen Menschen, die in diesem Psychotherapieprozess eine Rolle spielen, gut bekannt oder kennt sie zumindest. Der Therapeut bewertet den Prozess positiv. Im Nachhinein sagt er: „Glück gehabt“, „eigentlich ein Wahnsinn“.

Pfadfinderzeiten

Die Therapeutin war in ihrer Jugend bei den Pfadfindern tätig. Der Patient, der sich bei der Therapeutin meldet, ist ein ehemaliges Pfadfinderkind von ihr. Die Therapeutin mochte ihn damals bereits gern, aber ihr erster Gedanke ist der der Unvereinbarkeit. Nach gemeinsamer Thematisierung der Gegebenheiten kommen die Therapeutin und der Patient zu dem Konsens, dass ein psychotherapeutischer Prozess durchaus möglich sei. In diesem speziellen Fall wird die gemeinsame Vorgeschichte sogar als förderlich für die gemeinsame Arbeit empfunden, denn der ursprüngliche Bezug ist schon sehr lange her, und gegenwärtig sind keine Überschneidungen vorhanden. Es existiert bereits gute Zwischenmenschlichkeit, die auf einer anderen Beziehungsebene weiter entwickelt werden kann.

Schöne Schuhe

Im Laufe der Psychotherapie stellt sich heraus, dass die Patientin die Besitzerin des Lieblingsschuhgeschäftes der Therapeutin ist. Die Therapeutin geht seitdem nicht mehr in dieses Geschäft, obwohl sie gern dort einkaufen würde. Sie erlebt diese Gegebenheit als hinderlich für sich selbst als Privatperson.

Küchenbestellung

Die Therapeutin bestellt ihre Küche bei einem Wirtschaftstreibenden im Ort, der aktuell Patient bei ihr ist. Sie bespricht die Vorgehensweise eingehend mit ihrem Patienten, um eine mögliche Bevorteilung ihrerseits auszuschließen. Die Therapeutin reflektiert diese Entscheidung so: Grundsätzlich nutzt sie vorzugsweise Handwerk und Wirtschaft in der Region. Grundsätzlich bestehe eine Unvereinbarkeit von geschäftlicher und psychotherapeutischer Beziehung. Sie ist sich bewusst, dass sie mit dieser Handlungsweise grundsätzlich angreifbar ist. Andererseits würde es für den Patienten eine Kränkung darstellen, wenn sie die Bestellung nicht bei ihm tätigte.

Anfängerglück

Der Therapeut ist Arzt und Psychotherapeut. Das Beispiel stammt aus der Anfangsphase seiner psychotherapeutischen Tätigkeit. Er arbeitet über einen Zeitraum von circa sechs Jahren mit einer Patientin mit einer komplexen Traumatisierung. Die Patientin und ihre gesamte Familie (Kinder, Großfamilie) sind gleichzeitig PatientInnen in seiner Allgemein- arztpraxis und inhaltlich im psychotherapeutischen Prozess präsent. Der Gesamtverlauf wird letztlich als erfolgreich vom Therapeuten bewertet. Er begründet den positiven Therapieverlauf damit, dass er einen guten Einblick in das gesamte Familiensystem gehabt habe, und dadurch viele seiner Interventionen „realitätsnaher“ gewesen wären. Sowohl die Patientin, als auch ihre Kinder und die Großfamilie werden heute noch von ihm in der Arztpraxis betreut. Der Therapeut beschreibt manche Situationen im Rückblick als „prekär“. Er hätte wohl auch „Anfängerglück“ gehabt und empfindet im Nachhinein die Arbeit als „anstrengend“.

Es existieren Bekantheiten und Verbindungen über dritte relevante Personen aus sich überschneidenden sozialen Kontexten.

Der Zeitungslieferant

Der Vater des Patienten ist der Zeitungslieferant der Therapeutin. Es handelt sich um eine problematische Vaterbeziehung, die somit auch Thema in der Therapie ist. Der Vater ist gegen die Psychotherapie. Die Therapeutin vermutet, dass seine negative Einstellung durch die Verhaltensänderungen seitens des Patienten (seines Sohnes) im Verlauf der Psychotherapie verstärkt wird. Die Therapeutin sieht sich damit konfrontiert, dass ihre Zeitungen nicht mehr zugestellt werden, oder stark verspätet, oder verschmutzt. Die Therapeutin empfindet die Situation für sich selbst als ärgerlich. Sie entscheidet sich dafür, weder mit dem Patienten, noch mit dem Vater (dem Zeitungslieferanten), direkt darüber zu sprechen. Nach ein paar Monaten bekommt sie die Zeitungen wieder normal zugestellt.

Aber ich mag sie

Im Laufe der Therapie stellt sich heraus, dass die Therapeutin die Mutter der Patientin kennt. Die Patientin ist verheiratet und hat inzwischen einen anderen Namen, daher war der Therapeutin die Bekantheit zu Beginn der Therapie nicht bewusst. Die Therapeutin trifft die Mutter der Patientin immer mal wieder in nicht beruflichen Kontexten und plaudert dann gern mit ihr. Die Mutter ist der Therapeutin sympathisch. Die Patientin hingegen zeichnet in der Therapie ein äußerst negatives Bild von ihrer Mutter. Die Therapeutin empfindet diese beiden konträren Wahrnehmungen (negatives Bild der Patientin, positives eigenes Bild) zur selben Person als „schwierig“ für sich als Person, und „schlecht“ für den Prozess, weil es sie „voreingenommen“ mache und therapeutisch-empathische Reaktionen einschränke. Sie entscheidet sich dafür, diese Bekantheit der Patientin nicht mitzuteilen.

Die Nachbarin der besten Freundin

Patientin und Therapeutin kennen einander zu Therapiebeginn nicht. Aber gleich in der Anfangsphase stellt sich heraus, dass beide sehr viele gemeinsame Bekannte haben. Noch dazu zieht zufällig eine der besten Freundinnen der Therapeutin in die direkte Nachbarschaft der Patientin. Eine Hauseinstandsfeier und andere soziale private Ereignisse kündigen sich an, bei denen sich Therapeutin und Patientin permanent begegnen würden. Sie besprechen diese Gegebenheiten und gewinnen Konsens darüber, dass die vielen privaten Überschneidungen, Bekanntheiten und Begegnungsmöglichkeiten nicht günstig für den Therapieprozess seien. Sie lösen das Therapiebündnis.

Zum Lügen gezwungen

Die Patientin wird über ihren Bruder an den Therapeuten empfohlen. Der Bruder und der Therapeut sind Bekannte. Die Frau des Bruders ist ebenfalls eine gute Bekannte des Therapeuten und zudem eine Freundin seiner eigenen Frau. In der Therapie erzählt die Patientin, dass der Sohn ihres Bruders an einer lebensbedrohlichen Krankheit leidet. Die natürliche Interaktion des Therapeuten zu seinen Bekannten und zu seiner Frau ist gestört, weil er mit dieser Information, die er im Rahmen von Psychotherapie gewonnen hat, aufgrund seiner Verschwiegenheitspflicht nicht offen umgehen darf. Er fühlt sich zum Lügen gezwungen: „Überrascht tun müssen“, obwohl er es bereits weiß; „nicht einfach fragen können“, weil er es bereits weiß.

Kinderspiel

Der Sohn der Therapeutin besucht die Tochter einer Freundin der Therapeutin. Beide Kinder gehen zum Spielen in die Nachbarschaft. Die Mutter des Nachbarkindes ist eine Patientin der Therapeutin. Somit ist der Sohn der Therapeutin zum Spielen bei ihrer Patientin.

Die Schulverweigerin

In diesem Beispiel geht es um eine Kindertherapie, die die Therapeutin als nicht erfolgreich bewertet, und die letztlich abgebrochen wird. Elisabeth verweigert die Schule und anfänglich auch Psychotherapie. Nach zunächst gut verlaufendem Therapieprozess verweigert Elisabeth wieder sowohl Schule als auch Therapie. Es kommt zu einem stationären Aufenthalt in einem heilpädagogischen Institut. Danach suchen die Eltern von Elisabeth einen anderen Therapeuten, ohne den Wechsel mit der ersten Therapeutin zu besprechen. Die Therapeutin vermutet, dass auf beiden Seiten vielfache unangenehme Gefühle vorhanden sind. Diverse Bekanntheiten umrahmen dieses Beispiel: Elisabeths Klassenvorstand ist Nachbar und Freund der Therapeutin. Sie hat das Gefühl, den natürlichen Gesprächsfluss mit ihm immer wieder unterbrechen zu müssen, um ihre Verschwiegenheitspflicht zu wahren. Elisabeths Mutter arbeitet im örtlichen Schwimmbad, das die Therapeutin gern besucht. Dort finden immer wieder außertherapeutische Kontakte zwischen Therapeutin und Mutter

statt, die zusehends unangenehmer und „peinlicher“ für beide werden, vor allem nachdem die Therapie abgebrochen wurde. Die Therapeutin beginnt die Schwimmbadbesuche zu reduzieren, um den Kontakt zur Mutter zu vermeiden. Schließlich ist der Therapeutin der Großvater von Elisabeth bekannt. Die Therapeutin weiß aus diesem extratherapeutischen Kontext von einem massiven Alkoholabusus des Großvaters. Und sie weiß aufgrund der therapeutischen Arbeit mit Elisabeth, dass die massiven Ängste und Schwierigkeiten des Mädchens in ursächlichem Zusammenhang mit dem Großvater stehen.

Die Söhne meines Freundes und Kollegen

Ein Freund und Kollege des Therapeuten hat zwei studierende Söhne. Einer leidet unter Zwängen. Der verzweifelte Vater bittet den Therapeuten, mit seinem Sohn zu reden, „Ich bring ihn nirgends sonst hin“. Der therapeutische Prozess verläuft positiv. Ein Jahr später hat der andere Sohn ähnliche Probleme. Der Therapeut kennt nun bereits einige Hintergründe. Er fühlt sich aufgrund der Gegebenheiten (persönlichen Bezüge) nicht frei in der Entscheidung, mit ihm zu arbeiten, und beginnt auch mit diesem Sohn eine Psychotherapie. Auch dieser Prozess verläuft nach Einschätzung des Therapeuten positiv. Im Nachhinein empfindet der Therapeut den Prozess als „sehr heikle Geschichte“ aufgrund des für ihn vorhandenen Erfolgsdrucks.

Mögliche negative und mögliche positive Auswirkungen (Risiken und Chancen)

Es sei noch einmal betont, dass die therapeutische Beziehung das Heilungsagens Nummer eins ist und gleichzeitig per se strukturell prekär. Dieses Prekariat wird durch etwaige Rollenvermischungen und Überschneidungen von Professionellem und Privatem erhöht (Gerlich, 2011; Hinterwallner et al., 2011; Leitner, 2011).

Wörmer (2010) beschreibt folgende Risiken auf Seiten der TherapeutInnen. Durch die Erweiterung der therapeutischen Begegnung in den unkontrollierteren Raum außerhalb des therapeutischen Settings, wächst die Komplexität des relationalen Geschehens, was zu zusätzlichen Belastungen in einer ohnehin bereits hoch anspruchsvollen beruflichen Tätigkeit führen kann. Je nach kontextuellen Bedingungen kann das zu Überlastung und Überforderung, zu dysfunktionalen Einschränkungen der eigenen Bedürfnisse und der sozialen Interaktionen führen, was ernst zu nehmende Gesundheitsrisiken für TherapeutInnen birgt (Identitätsstörungen, Burnout, Angst, Depression, Sucht). Angst vor Rufschädigung oder Kompetenz absprechender Nachrede auf dem Hintergrund existenziellen Drucks kann selbst entfremdende Abwehrmechanismen, wie Fassadenhaftigkeit, Intimitätsangst und Kontrollzwang hervorrufen (Jaeggi, 2010). In Folge entstehen Risiken für PatientInnen und Therapieerfolg. Überforderung und/oder Erfolgsdruck oder finanzieller Druck von TherapeutInnen können Fehlentwicklungen im therapeutischen Prozess begünstigen.

Risiken für den therapeutischen Prozess sind weiters durch ein mögliches (im Rahmen von Begegnungen und Bekantheiten außerhalb der Therapie generiertes) Funktionalisiertsein oder eine mögliche Befangenheit des Therapeuten gegeben (vgl. „Söhne meines Freundes und Kollegen“, „Anfängerglück“). Ebenso kann die Offenheit der Patientin durch direkte oder indirekte Alltagsbegegnungen und Überschneidungen der sozialen Kontexte eingeschränkt werden, was als kontraproduktiv für die therapeutische Arbeit einzuschätzen ist. Schließlich ist die Gefahr der Verschwiegenheitsverletzung vergrößert, auf alle Fälle ist eine schwierigere Handhabung der Verschwiegenheitspflicht durch extratherapeutische Kontakte gegeben (vgl. „Die Schulverweigerin“, „Zum Lügen gezwungen“).

Demgegenüber stehen mögliche positive Effekte und Chancen:

Werden die erhöhten Herausforderungen an Professionalität und Persönlichkeit der Therapeutin proaktiv angenommen, durch vermehrtes Nutzen von Intervision und Supervision, durch vermehrte Erfahrung von intersubjektiver Ko-respondenz, durch vermehrte Selbstreflexion und Bewusstseinsarbeit und durch achtsamere Selbstfürsorge (Lebenskunst), kann dieser Prozess zu einem Wachstum an fachlicher und persönlicher Kompetenz und Performanz (Integrität, Selbstkohärenz, Prägnanz) führen.

In ihrer Person können TherapeutInnen gerade auch außerhalb ihrer professionellen Rolle Modellfunktion und Vorbild für PatientInnen sein. Im Rahmen von Therapie sind sie es ja sowieso (for better or worse). Im Beispiel „Tanzen“ könnte die Therapeutin, ohne dass sie es beabsichtigt hätte, optional durch ihr spontanes und körperfreundliches Verhalten eine ermutigende Modellfunktion für ihre Patientin haben.

Die Schwelle der Inanspruchnahme von Psychotherapie kann durch ein bereits bestehendes Vertrauensverhältnis gesenkt (vgl. „Meine erste Patientin“), bereits vorhandene gute Zwischenmenschlichkeit kann für den Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung genutzt werden (vgl. „Pfadfinderzeiten“). Eine große Chance ist durch erhöhte Feldkompetenz und Multiperspektivität gegeben, die durch reziproke Wahrnehmungen und Begegnungen außerhalb der Therapie generiert werden können (vgl. „Eine Affäre“, „Meine erste Patientin“, „Anfängerglück“, „Aber ich mag sie“).

Reziproke Wahrnehmungen „von Mensch zu Mensch“ und in anderen Rollen, als in der der TherapeutIn und der der PatientIn, können fallweise irritieren und verunsichern. Ist die Verunsicherung zu groß, führt sie zu Überforderung. Kann die vorhandene Irritation nicht besprochen und integriert werden, kann es zu Therapieabbrüchen führen, was ein Risiko darstellt. Ist jedoch ausreichend Integrationskraft gegeben, kann eine Irritation zu einem förderlichen Impuls (Entidealisierung, Korrektur oder Erweiterung fixierter Wahrnehmungs- und Rollenmuster) für den Therapieprozess werden (vgl. „Schwere Einkaufstaschen“). Beinhaltet die gemeinsame Begegnung ein Erleben von guter Zwischenmenschlichkeit, ist eine solche Erfahrung per se heilsam, kann reaktualisierend und stabilisierend wirken (vgl. „Auffrischung“). Schließlich kann eine

geteilte reale Erfahrung von stimmigen und schönen im Sinne von „bejahenswerten“ (Schmid, 2007) Momenten (z. B. auf einem schönen Konzert, auf einem Berggipfel oder auf einer Beerdigung) Vertrauen und Offenheit in der therapeutischen Beziehung fördern.

Förderliche Umgangsstrategien, Haltungen und hilfreiche Konzepte der Integrativen Therapie zur Prävention von Risiken und zur gezielten Chancennutzung

Im Transfer von der Therapiesituation auf die erweiterte relationale Situation außerhalb des therapeutischen Settings, bieten zentrale Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie Orientierungswerte und Reflexionsfolien für sorgsame und professionell verantwortliche Umgangsvariationen mit Alltagsbegegnungen zwischen TherapeutIn und PatientIn. Insbesondere kann auf das Herzstück der Integrativen Therapie, das Ko-respondenzmodell, das Koexistenzaxiom, und das Intersubjektivitätsaxiom, weiters das Modell von Relationalität, das Konzept von Exzentrizität, und das Konzept selektiver Offenheit und partiellen Engagements rekurriert werden. Die „Grundregel der Integrativen Therapie“ stellt prägnante ethische, klinische und juristische Aspekte zur Einschätzung angemessenen therapeutischen Handelns zur Verfügung. Es soll hier nicht um die wiederholte Darstellung essenzieller integrativer Konzepte gehen, diese werden als bekannt vorausgesetzt und es sei auf die vorhandene Literatur verwiesen (Leitner, 2010; Petzold, 2003), sondern um den stringenten Transfer dieser Konzepte auf die im Rahmen dieses Artikels diskutierte Thematik.

Wörmer (2010) formuliert dazu folgende Kernaussagen:

- Die konkrete Beziehungsgestaltung kann höchst flexibel sein, solange sie sich an den in der Grundregel der Integrativen Therapie (Petzold, 2003) formulierten Prämissen orientiert. Diese sind: Konvivialität (gutes Miteinander von Menschen), Partnerschaftlichkeit (wenn auch aus differenziellen Kompetenzen und Performanzen heraus, wird eine gemeinsame Aufgabe in Angriff genommen), intersubjektive Ko-respondenz (Bereitschaft, sich problembezogen zu begegnen und auseinanderzusetzen), Verantwortung (Eigenverantwortung des Patienten, sowie mitmenschliche und professionelle Verantwortung des Therapeuten), Respekt und Achtung der Integrität und der „Andersheit“ (Lévinas, 1983) des Anderen. Das Setting muss PatientInnenrechte, „informierte Übereinstimmung“, Fachlichkeit und Würde gewährleisten.

Das Therapieverfahren, die Methode muss gewährleisten, dass in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie, reflektierte, begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser Grundregel mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen ausgehandelt und vereinbart werden, die die Basis für eine polylogisch bestimmte, sinnvolle therapeutische Arbeit bieten (Petzold, 2003, S. 1050).

- Interaktions- und Relationsmodi orientieren sich an einem guten menschlichen Miteinander, getragen von wechselseitigem Respekt (Anerkennung subjektiver Integrität) auf der Basis von Koexistenz. Das bedeutet, innerhalb wie außerhalb des therapeutischen Rahmens ist die therapeutische Beziehung getragen von *gelebten* ethischen Aspekten, wie Achtung, Respekt, Takt, Verlässlichkeit, Vertrauen und Würde. Wertevermittlung und Wertekultur haben somit in Ausbildung und Persönlichkeitsentwicklung von PsychotherapeutInnen zentrale Bedeutung (Leitner, 2011).
- Prinzipiell sind Therapieprozesse nicht unvereinbar mit Begegnungen außerhalb des therapeutischen Settings. Es muss jedoch situations- und indikationsspezifisch reflektiert werden, wie der konkrete Umgang, orientiert an allgemeinen und individuellen Therapiezielen, bestmöglich gestaltet werden soll.
- Zu diesem Zweck stellt das Ko-respondenzmodell ein handlungstheoretisches Konzept zur Verfügung. In der direkten und persönlichen Auseinandersetzung von PatientIn und TherapeutIn wirken die Elemente intersubjektiver Ko-respondenz (das sind 1. das Ich - als Funktion des Selbst, aktiv wahrnehmend, erkennend, verarbeitend, handelnd, 2. die intersubjektive Konstellation - Ich, Du und Wir, in fundamentaler Bezogenheit - siehe Koexistenzaxiom, 3. das Thema – hier: die Begegnung außerhalb der Therapie, sowie 4. Kontext und Kontinuum – bezogen auf PatientIn und TherapeutIn) wechselseitig und ganzheitlich zusammen, und schaffen so neue Wirklichkeit und Veränderung.
- Trotz gegebener Eigenverantwortung des Patienten, liegt die Verantwortung für die Handhabung außertherapeutischer Kontakte in erster Linie auf Seiten der TherapeutInnen. Professionalität, Aufmerksamkeit, Problembewusstsein und Reflexionsfähigkeit minimieren die erhöhten Risiken (siehe oben!), die mit der hier beschriebenen Thematik und ihren Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung gegeben sind.
- Gleichzeitig können durch größtmögliche Transparenz gegenüber den PatientInnen, durch umfassende Patienteninformation, damit verbundene Erhöhung der Selbstwirksamkeit seitens der PatientInnen und Besprechbarkeit der Thematik, Risiken minimiert als auch positive Effekte besser genutzt werden (Leitner, 2011; Gerlich, 2011).
- Die Überschneidung von therapeutischem und lebensrealem Raum kann *lege artis* sein, kann fallweise sogar nutzbringend sein. Jedenfalls bildet sie komplexe Wirklichkeit ab.
- Berührung und reale Beziehung (jenseits von Übertragung) sind Ausdruck selbstverständlicher Zwischenmenschlichkeit und programmatisch Teil des therapeutischen Geschehens. Auch dieser Punkt verdeutlicht, dass selbstverständliche „natürliche“ Begegnungen von „Mensch zu Mensch“ außerhalb des therapeutischen Kontextes zumindest nicht unvereinbar mit integrativen Theoremen sind.
- Ausschlaggebend für eine heilsame Wirkung realer Beziehung ist die Eindeutigkeit in Kommunikation und Interaktion. Unklarheiten und Ambiguitäten erhöhen das Risiko von Verletzungen der PatientInnenintegrität und Würde (Gerlich, 2011).

- In der Haltung „unterstellter Subjektivität“ können mittels projektiv-persönlicher und empathisch-intuierender Identifikation angemessene Handlungsentscheidungen für den sorgsam und professionell verantwortlichen Umgang mit Alltagsbegegnungen getroffen werden.
- Exzentrizität ist eine grundlegende Voraussetzung im Umgang mit Übertragungs-Gegenübertragungsdynamiken und Störungen gesunder und klarer Relationalität. Im Umgang mit Begegnungen außerhalb der Therapie, durch welche die Komplexität von therapeutischer Relationalität zunimmt, gewinnt die Fähigkeit zu Exzentrizität umso größere Bedeutung.
- Intervision und Supervision können Professionalität unterstützen und zu Qualitätssicherung von therapeutischen Prozessen beitragen.
- Das Konzept selektiver Offenheit und partiellen Engagements öffnet flexible Optionen für eine situationsspezifische „Dosierung“ von Offenheit, Distanz und Nähe. Dabei soll Involviertheit durch Alltagsbegegnungen verhindert, Distanzierungsfähigkeit erhalten bleiben, und gleichzeitig reale und selbstverständliche Zwischenmenschlichkeit und Bezogenheit zugelassen werden.
- Die Sorge um die eigene Person (Wahrnehmung und Regulierung eigener Bedürfnisse, Befindlichkeiten, Belastbarkeiten, Integrität) ist in diesem Zusammenhang genauso zu beachten, wie die Sorge um die Integrität des Anderen.
- Ein Mangel an ausreichender Bedürfniserfüllung seitens der TherapeutInnen erhöht das Risiko für standeswidriges Verhalten auf Kosten der PatientInnen und damit verbundener Schädigungen psychischer, sozialer oder finanzieller Art (Gerlich, 2011).

Folgende Haltungen und Umgangsstrategien wurden von Integrativen TherapeutInnen (Wörmer, 2010) als förderlich, im Sinne von Risiko minimierend und Chancen nutzend, benannt:

- Eine grundsätzlich bejahende Haltung, Wertschätzung und Akzeptanz, gegenüber diesem Teil der beruflichen Realität, der schlicht nicht zur Gänze auszuschließen ist.
- Akzeptanz von optional gegebener reziproker Wahrnehmung und Begegnung außerhalb der Therapie erfordert aufgrund der dadurch erhöhten Komplexität der therapeutischen Situation ein „Mehr“ an aktiv investierter Bewusstseinsarbeit, an Oszillieren zwischen Exzentrizität und Zentriertheit, und an „komplexer Achtsamkeit“ (Petzold, 2009, S. 455f.) seitens des Therapeuten.
- Die individuelle „emanzipierte Wahl“ (Schuch, 2010, S. 82) der hier beschriebenen Gegebenheiten impliziert weiters, vor allem auf dem Land, das freiwillige Annehmen möglicher Zuständigkeiten in Notsituation auch außerhalb gegebener Praxiszeiten (analog der Rolle der Ärztin) und einem gewissen Verzicht auf unbeeinflusste private Vernetzung. Der „natürliche Interaktionsmodus“ ist oftmals beeinträchtigt (vgl. „Zum Lügen gezwungen“, „Die Schulverweigerin“, „Eine Affäre“, „Tanzen“, „Schöne Schuhe“, „Aber ich mag sie“).
- Eine intersubjektive Grundhaltung unterfängt Begegnungen von Mensch zu Mensch außerhalb der therapeutischen Rolle.

- Alltagsbegegnungen stellen keinen Bruch zu professionell verantwortlichem Verhalten dar. Es gibt kein normatives, nur optatives, der konkreten intersubjektiven Situation bestmöglich angepasstes Verhalten, das aus Eigenem (vgl. „Tanzen“) oder in Absprache mit dem Patienten (vgl. „Pfadfinderzeiten“, „Die Nachbarin der besten Freundin“, „Küchenbestellung“) reflektiert, gestaltet und auf eventuelle Unvereinbarkeiten geprüft werden muss.
- Dennoch werden Alltagsbegegnungen aufgrund der oben beschriebenen Risiken und multiplen Belastungen kritisch eingeschätzt. Eine Tendenz, Alltagsbegegnungen zu vermeiden und Distanz zu wahren, wird deutlich, die sich je nach Komplexität des Krankheitsbildes sowie anderer kumulativer Faktoren verstärkt (vgl. „Meine erste Patientin“, „Die Söhne meines Freundes und Kollegen“, „Kinderspiel“, „Der Zeitungslieferant“).
- Wird reale zwischenmenschliche Distanz im Alltag nicht vermieden, existiert der Anspruch auf professionelle Erhaltung der Distanzierungsfähigkeit und Exzentrizität, Integrität, korrekter Handhabung der Verschwiegenheitspflicht und größtmöglicher Transparenz gegenüber der Patientin.
- Die Unterstützung durch Inter- und Supervision wird in diesem Zusammenhang immer wieder als hilfreich empfunden, vor allem in der eher isolierten Tätigkeit der freien therapeutischen Praxis.
- Selektive Offenheit gegenüber dem Patienten wird auch im Hinblick auf den Umgang mit außerhalb der Therapie generiertem Wissen über den Patienten und mit Bekanntheiten zu Dritten praktiziert. Grundsätzlich wird größtmögliche Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber der Patientin als erstrebenswert postuliert, nicht immer ist es die beste Lösung. Zum Teil muss Offenheit selektiert werden, um der Verschwiegenheitspflicht gerecht zu werden. Weiters schätzt die Therapeutin im konkreten Fall positive oder negative Effekte von Offenheit auf den Prozess (oder auf die eigene Person) ab, und selektiert demgemäß (vgl. „Der Zeitungslieferant“, „Aber ich mag sie“).
- Finden Wahrnehmungen und direkte oder indirekte Begegnungen außerhalb der Therapie statt, wächst die Feldkompetenz des Therapeuten. Zusätzliche, die narrativ vermittelte Perspektive des Patienten verstärkende, alternierende, oder auch kontrastierende Wahrnehmungsperspektiven und Informationen aus dem sozialen und ökologischen Kontext des Patienten, können für das therapeutische Verständnis und im theragnostisch hermeneutischen Therapieprozess genutzt werden. Therapierelevantes Material kann für die therapeutische Arbeit generiert werden (vgl. „Anfängerglück“, „Eine Affäre“, „Schwere Einkaufstaschen“, „Aber ich mag sie“).
- Achtsamkeit in der Lebensführung, in ihrer Bedeutung a.) für Selbstfürsorge, b.) für zu erwartende Integrität als TherapeutIn, und c.) für generelle Bewusstheit und gelebte Praxis menschlicher Werte („Kulturarbeit“; Petzold, 2011, S. 548) wird als förderlich benannt.
- Selbstfürsorge auf Seiten der TherapeutInnen ist sowohl im Hinblick auf effektive Risikoprophylaxe für Schädigungen von PatientInnen, als auch für berufsbedingte Schädigungen seitens der TherapeutInnen wichtig. Hier sind vor allem die bewusste Pflege und

Erhaltung von Spontaneität, natürlicher Interaktion, persönlicher Offenheit und Kongruenz, sowie der sozialen Kontakte und persönlichen Beziehungen, bedeutsam. Die Fähigkeit zu (freundlicher) Abgrenzung, sowie Nähe- und Distanzregulation, die sich an den eigenen Bedürfnissen und Befindlichkeiten orientiert, sind zentral. Schließlich wird im Zusammenhang mit Selbstfürsorge *Humor* als besonders hilfreiche Eigenschaft und Fähigkeit erlebt.

Schlussbemerkung

Ich hoffe, einige interessante Perspektiven zu einer Thematik beigetragen zu haben, die einen Teil unserer beruflichen Realität betrifft. Ich hoffe auch, Ihnen, geschätzte LeserInnen, Lust und Mut gemacht zu haben, diesem Teil unserer beruflichen Realität zuzustimmen und ihn proaktiv zu gestalten. Ich denke, dass eigenständige und intersubjektive Auseinandersetzungen, und aus ihnen gewonnene prägnante persönliche Positionen zu diesem Focus, die psychotherapeutische Arbeit erleichtern und qualitativ verbessern können. Ich denke umgekehrt, dass fehlende kontinuierliche Reflexion zu reziproker Wahrnehmung und Begegnung von PsychotherapeutIn und PatientIn außerhalb der Therapie, ein Risiko für die Qualität von Psychotherapie, als auch für die beteiligten Personen darstellt.

Ich möchte mit folgender Position schließen:

HelferInnen dürfen und sollen sich als Person und als Mensch zeigen, sie entschärfen dadurch die in Bezug auf Machtstrukturen prekäre, per se verunsichernde therapeutische Situation und bekräftigen Mitmenschlichkeit. ■

Anmerkungen:

- [1] Je mehr sich die psychotherapeutische Tätigkeit in ländlicher Region befindet, desto größer ist selbstverständlich die Wahrscheinlichkeit, dass Begegnungen im extratherapeutischen Raum stattfinden, und desto relevanter ist die hier besprochene Thematik. Ausführlicher, und mehr auf den ländlichen Raum focussiert, wird die Thematik bei Wörmer (2010) beschrieben.
- [2] Gegenübertragungen sind, im Gegensatz zu Übertragungen, bewusste bzw. bewusstseinsnahe empathische Reaktionen auf das, was einem das Gegenüber entgegenbringt. Aus Sicht der Integrativen Therapie kann nicht nur der Patient, sondern auch die Therapeutin eigene Übertragungskonstellationen agieren. Umgekehrt nehmen auch PatientInnen Gegenübertragungen zum Therapeuten hin wahr, wobei das Verhältnis von Übertragungen und Gegenübertragungen jeweils bei TherapeutIn und PatientIn unterschiedlich ist, und sich im Laufe des Therapieprozesses (in erster Linie beim Patienten) verändert. Übertragungen nehmen ab, Gegenübertragungen nehmen zu (Leitner, 2010; Petzold, 2003).
- [3] Die tiefenpsychologischen Wurzeln der Integrativen Therapie rekurrieren auf die aktive und elastische Psychoanalyse nach Sándor Ferenczi. Dieser hat sich in der Konzipierung der therapeutischen Beziehung weitest vom Abstinenzbegriff entfernt (Schuch, 2000).
- [4] Es geht an dieser Stelle nicht um eine pauschale Kritik oder Abgrenzung gegenüber dem Werk Sigmund Freuds, sondern ausschließlich um die Problematisierung des Begriffs „Abstinenz“.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit. (2002). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Zugriff am 04.08.2010. Verfügbar unter http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/6/8/3/CH0964/CMS1144348952885/berufskodex_fuer_psychotherapeutinnen_und_psychotherapeuten_formatiert_fuer_homepage.pdf
- Cremerius, J. (1981). Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In J. Cremerius (1984), *Vom Handwerkszeug des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart: Fromman-Holzboog.
- Ehrhardt, J. & Petzold, H. (2011). Wenn Supervisionen schaden – explorative Untersuchung im Dunkelfeld „riskanter supervisorischer Praxis“. *Integrative Therapie*, 37(1/2), 137-192.
- Freud S. (1887-1963): *Gesammelte Werke*. Studienausgabe, Bd. I-X, Ergänzungsband (2000). Frankfurt: Fischer.
- Gerlich, K. (2011). Risiko und Handhabung von Risiko im psychotherapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnenansicht. *Integrative Therapie*, 37(1/2), 45-62.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008a). *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. (Band 1: Allgemeiner Teil). Tübingen: DGTV.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008b). *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. (Band 2: Spezieller Teil). Tübingen: DGTV.
- Hinterwallner, H., Gerlich, K. & Koschier, A. (2011). PatientInnenbeschwerden in der Psychotherapie. Eine Kurzdarstellung. *Integrative Therapie*, 37(1/2), 63-75.
- Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.). (2001). *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Jaeggi, E. (2010). „Ich helfe, also bin ich“. Identitätsprobleme der Helferberufe. *Integrative Therapie* 36(1), 67-77.
- Kierein, M., Pritz, A. & Sonneck, G. (1991). *Psychologengesetz. Psychotherapiegesetz. Kurzkommentar*. Wien: Orac.
- Kirchmayr, A. (2010). Humor – ein ernstheiterer Identitätskrisen-Manager. *Integrative Therapie* 36(1), 45-65.
- Koschier, A. & Märtens, M. (2011). Risiken, Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer niederösterreichweiten PatientInnenbefragung. Ein Kurzbericht. *Integrative Therapie*, 37 (1/2), 75-92.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.

- Leitner, A. (2011). Psychotherapie auf dem Weg... Entwicklungen – Wirkungen – Nebenwirkungen – Negativeffekte. *Integrative Therapie*, 37(1/2), 7-36.
- Leitner, A. & Petzold, H. (2009). *Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen*. Wien: Krammer.
- Lévinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen*. Freiburg: Alber.
- Nicke, R. (Hrsg.). (1998). *Marc Aurel. Wege zu sich selbst*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
- Osten, P. (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Petzold, H. (Hrsg.). (1987). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie*. (Band 1 – Band 3). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (2009). „Gewissensarbeit“ und „Weisheitstherapie“ als konviviale Praxis. Perspektiven der Integrativen Therapie zu „kritischem Bewusstsein“, „komplexer Achtsamkeit“ und „melioristischem Engagement“. *Integrative Therapie* 35(4), 443-529.
- Petzold, H. (2011). Im Diskurs mit Ilse Orth und Johanna Sieper. Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine altruistische Ethik und eine Praxis „potentialorientierter Humantherapie“ und „melioristischer Kulturarbeit“. *Integrative Therapie* 36 (4), 519-626.
- Schmid, W. (2007). *Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schuch, W. (2000). Bedeutsame Akzentverschiebungen: Von der Genitaltheorie zur Elastischen Psychoanalyse. *Gestalt* 39, 36-51.
- Schuch, W. (2007). Freud aus der Sicht der Integrativen Therapie. Einige Bemerkungen zu Person und Werk Sigmund Freud (1856-1939) aus Anlass seines 150. Geburtstages. *Integrative Therapie* 33(1-2), 115-146.
- Schuch, W. (2010). Kontroverse Identitäten - Disparate Identitäten. Einige Anmerkungen zu Integrationsproblemen von Muslimen. *Integrative Therapie* 36(1), 79-106.
- Tenschert, E. (2007). *Dreierkonstellationen. Zur (Un-)vereinbarkeit von Psychotherapien mit Naheverhältnissen zum Umfeld*. Graduiierungsarbeit Fachsektion Integrative Gestalttherapie, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Wien.
- Tutzer, I. (1996). Supervision in der Provinz Südtirol. *Organisationsberatung – Supervision - Clinical Management* 3, 259-266.

Wörmer, I. (2010). *Psychotherapie im ländlichen Raum: Wahrnehmung von PsychotherapeutIn und PatientIn im privaten Kontext: Förderlich, hinderlich oder neutral? Eine Untersuchung zu möglichen Auswirkungen von Kontakten und Verbindungen außerhalb des psychotherapeutischen Settings*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.

Yalom, I. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München: Pfeiffer.

Yalom, I. (2002). *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: btb.

Angaben zur Autorin

Imke Wörmer, Mag^a, MSc, ist Psychotherapeutin (Integrative Therapie) und arbeitet seit 1994 in freier Praxis. Arbeitsschwerpunkte sind psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen, Angst- und Paniksyndrome, Depressionen, sowie Partnerschaftskrisen. Seit 2008 ist sie Lehrende im Fachspezifikum Integrative Therapie, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau Universität Krems, mit den Arbeitsbereichen Lehrtherapie, Lehrsupervision und Theorie. Imke Wörmer ist verheiratet und Mutter zweier Kinder.

Kontakt: imke@woermer.at

Korrespondenzadresse:

Mag^a Imke Wörmer, MSc
Buchberg 155
5500 Bischofshofen
Österreich

Zitationsvorschlag

Wörmer, I. (2013). Reziproke Wahrnehmung und Begegnung von PsychotherapeutIn und PatientIn außerhalb der Therapie: Chance oder Risiko? *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 92-110. Zugriff am 15.05.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>.