



SYSTEMISCHE PRAXIS



Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie

Kronberger
Aichhorn

Die Strukturierung therapeutischer Prozesse
durch Begegnung

HOGREFE



Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie

Systemische Praxis

Band 5

Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie

von Dr. Helmut Kronberger und PD Dr. Wolfgang Aichhorn

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Günter Schiepek, Prof. Dr. Wolfgang J. Eberling,

Dr. Heiko Eckert, Dr. Matthias Ochs, Prof. Dr. Christiane Schiersmann,

Dipl.-Psych. Rainer Schwing, Prof. Dr. Dr. Peter A. Tass

Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie

Die Strukturierung therapeutischer Prozesse
durch Begegnung

von
Helmut Kronberger
und Wolfgang Aichhorn

unter Mitarbeit von
Markus Hochbrugger, Bettina Klinger, Brigitte Kravanja,
H. Magdalena Müller und Susanne Neureiter-Penn

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Dr. phil. Helmut Kronberger, geb. 1954. 1973–1981 Studium der Psychologie in Salzburg. Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut für Psychodrama und Dynamische Gruppenpsychotherapie, Lehrtherapeut und Lehrsupervisor für Psychodrama im ÖAGG. 1988 Promotion. Seit 1991 Mitarbeiter im Universitätsinstitut für Klinische Psychologie und am Sonderauftrag für Stationäre Psychotherapie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Christian-Doppler-Klinik, beide Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg.

PD Dr. med. Wolfgang Aichhorn, MBA, geb. 1964. 1983–1992 Studium der Medizin in Wien. 1992 Promotion. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeut (Katathym Imaginative Psychotherapie), Lehrtherapeut der Salzburger Ärztekammer. 2006 Habilitation. Seit 2008 Leiter des Sonderauftrages für Stationäre Psychotherapie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlaggestaltung: Daniel Kleimenhagen, Hildesheim
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2556-6

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Vorwort

Der vorliegende Band thematisiert einen systemischen Ansatz in der stationären Psychotherapie. Die Charakterisierung als „systemisch“ und damit die Verortung in dieser Praxisreihe bezieht sich nicht nur darauf, dass in einem solchen Behandlungssetting auch interpersonelle Bezüge der Patienten bearbeitet werden (sei es symbolisch und durch konkrete Paar- und Familiengespräche), sondern dass die therapeutische Einrichtung als Ganzes ein soziales System mit vielfältigen Begegnungen und Interaktionen zwischen Therapeuten und Patienten, vor allem aber auch zwischen den Patienten darstellt. Dies wird in diesem Band anhand ebenso vielfältiger Beispiele und Fallgeschichten illustriert.

Darüber hinaus wird deutlich, dass in diesem Kontext Behandlungskonzepte verschiedener Schulrichtungen mit einer systemischen Metaperspektive vereinbar sind. So wird auf die Beziehungsarbeit des Psychodramas Bezug genommen, das sich für die Therapie in Gruppen und für ein Verständnis der Station als „Bühne“ für die Inszenierungen individueller Psychodynamiken der Akteure gut eignet. Im Rahmen dieser Metaperspektive, der sich diese Buchreihe verpflichtet fühlt, beziehen wir uns auf das synergetische Prozessmanagement, wie in Band 1 dieser Reihe beschrieben (Schiepek et al., 2013a). Aus dieser Perspektive können die Vorgehensweisen unterschiedlicher Schulen und Ansätze dazu genutzt werden, Bedingungen für die Selbstorganisationsprozesse der Patienten zu schaffen. Ihre Funktion und Indikation erklärt sich aus den generischen Prinzipien. Die Theorie der Synergetik liefert den Rahmen für ein Verständnis von Veränderungsprozessen als Kaskade von Ordnungsübergängen bio-psycho-sozialer Muster, der mit den Modellvorstellungen unterschiedlicher Therapierichtungen kompatibel ist, wie am Beispiel des Psychodramas illustriert wird. Wir bewegen also uns auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen der Modellierung, zwischen denen immer wieder gewechselt wird. Ein synergetisches Prozessmanagement braucht die Ebene konkreter Handlungs- und Vorgehensweisen der jeweiligen Therapierichtungen, mit denen die generischen Prinzipien umgesetzt werden, verortet sie aber in ein umfassendes theoretisch-empirisches Konzept (vgl. Abb. 14 in Schiepek et al., 2013a).

In einem Verständnis von Psychotherapie als Schaffen von Bedingungen für bio-psycho-soziale Selbstorganisationsprozesse gibt es große Spielräume für die bestehenden Ansätze, die damit einen metatheoretischen Kontext sowie Entscheidungsregeln für die Prozessgestaltung erhalten – in Form der generischen Prinzipien. Hinzu kommt ganz entscheidend das Prozessmonitoring, also die „Abbildung“ der Veränderungsprozesse und Ordnungsübergänge der Patienten mit Hilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS). Dieses Verfahren, das die Systemdynamik von Psychotherapie explizit ins Spiel bringt und in Echtzeit sichtbar macht, ist auf der Therapiestation der Autoren dieses Bandes seit 2007 im Einsatz. Es war die erste SNS-Anwendung in einer Klinik überhaupt. Entsprechend umfangreich ist die Erfahrung mit dem System, und entsprechend viele Therapien wurden mit dem dadurch möglichen Feedback begleitet und unterstützt. Bereits das in Band 1 beschriebene Fallbeispiel stammt von dieser Station, und mehrere weitere folgen in diesem Band, wobei vor allem auf das Verhältnis individueller Psychodynamik (mit Referenz auf Tiefenpsychologie und Prozessmonitoring in einem doppelten Wortsinn),

Kommunikationsdynamik auf der Station und die persönlichen Erfahrungen der Therapeuten und des Teams eingegangen wird.

Insofern dieses Prozessmonitoring mit den integrierten Möglichkeiten der Visualisierung und der Analyse nicht linearer Dynamiken, (In-)Stabilitäten und Ordnungsübergängen ein wesentliches Merkmal systemischer Praxis geworden ist, können existierende Therapieschulen, aber auch die stationäre Psychotherapie als setting-spezifischer Ansatz darin Platz finden. „Systemische Therapie ist in diesem Verständnis die Ermöglichung von Veränderungsprozessen von als defizitär oder dysfunktional beurteilten Zuständen eines Systems oder Netzwerks von Systemen mit Methoden, die ihre Verortung im Theoriespektrum komplexer, dynamischer und nicht linearer Systeme haben. Entscheidender und integrativer Bestandteil von Therapie und Veränderung ist die prozessuale Erfassung der Systeme und ihrer Dynamik, also ein konsequentes Prozessfeedback. Der Therapie- und Veränderungsprozess selbst wird damit als dynamisches, selbstorganisierendes System konzipiert und erfasst“ – so die explizit schulenübergreifende Definition, wie wir sie in Band 1 dieser Reihe (Schiepek et al., 2013a, S. 95) vorgeschlagen haben. Eine mehrfache Kontextualisierung der praktischen Arbeit (a) in systemischer Theorie und Methodik (synergetischen Prozessmanagement, SNS), (b) im konkreten Schulenzug (z. B. im Psychodrama) und (c) im Ansatz und Setting der stationären Psychotherapie ist nicht nur möglich, sondern außerordentlich fruchtbar und gewinnbringend.

Die Arbeit an diesem Band anzuregen und zu begleiten war mir ein persönliches Anliegen, denn die klinisch-therapeutische Arbeit mit dem SNS hat sich am Sonderauftrag für stationäre Psychotherapie an der Christian-Doppler-Klinik Salzburg zum ersten Mal realisieren lassen. Hier konnte erstmals gezeigt werden, dass dies möglich ist und zu einem therapeutischen Mehrwert führt, dass sich Patientinnen und Patienten darauf einlassen und engagiert beteiligen, dass sich mögliche Bedenken gegen ein umfassendes Monitoring als gegenstandslos erweisen, und dass sich das synergetische Prozessmanagement als Metakonzept mit der Praxis einzelner Therapierichtungen (z. B. des Psychodramas) in einem konkreten und durchaus komplexen Setting verbinden lässt. Dieses Team hat wahrhafte Pionierleistung vollbracht und verdient hohen Dank und Anerkennung. Mir selbst war es in vielen Patientenkontakten und Teambesprechungen hier möglich, meine klinische Erfahrung zu vertiefen und innovative Verfahren zu erproben (z. B. SNS-basierte Therapiegespräche mit Patienten, Ressourceninterviews, idiographische Systemmodellierung). Auch unsere wesentlichen Forschungsprojekte laufen auf dieser Station. Dieses Team ist für uns alle, nicht zuletzt für die Patientinnen und Patienten, ein großes Geschenk.

Salzburg, Juni 2014

Günter Schiepek

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
1 Stationäre Psychotherapie – ein integrativer Ansatz	10
2 Begegnung und soziale Selbstorganisation	14
2.1 Prozessmonitoring	14
2.2 Gewachsene Strukturen	15
2.3 Begegnung	16
2.4 Affektive Kraftfelder	18
2.5 Skill and Love	20
2.6 Now Moments	21
3 Verwundete Heiler und geheilte Verwundete	24
3.1 Das stationäre Setting	24
3.2 Der Mythos von Hephaistos	26
3.3 Der Heilermythos in der Kunst	27
3.4 Die integrative Kraft des Teams	28
4 Organisation und Kommunikation gelebter stationärer Psychotherapie	33
5 Therapeutische Philosophie und Teamarbeit	37
5.1 Emotionale Arbeit	37
5.2 Die Struktur therapeutischer Angebote	39
5.2.1 Bindung vs. Trennung	39
5.2.2 Aktivierung vs. Entspannung	41
5.2.3 Explizites vs. implizites Wissen	42
5.3 „Du sollst dir ein Bild machen“	43
5.4 Frühe Formen der Begegnung	45
5.5 Der „virtuelle Andere“	50
5.6 Präsenz	52
6 Ordnungsübergänge	53
6.1 Fallbeispiel „Es ist meine letzte Chance!“	61
6.2 Fallbeispiel „Darf es mich geben?“	68
6.3 Fallbeispiel „Ich hab’s selber in der Hand!“	75
6.4 Wendepunkte und Geduld	80
7 Wirkfaktoren der Gruppentherapie	82
7.1 Gruppenkohäsion	82
7.2 Ressourcenorientierung	84

7.3	Traumatherapeutische Übungen	85
7.4	Soziale Interaktion	86
8	Therapieangebote bei Zwangsstörungen	88
8.1	Gruppenarbeit	88
8.2	Entlastung im stationären Setting	90
8.3	Die Genussgruppe	91
8.4	Das erweiterte Therapiekonzept	94
9	Fallbeispiel „Ich spür jetzt öfters, dass in mir eine echt große Lebensfreude steckt!“	96
10	Bezugspflege in einem integrativen Organisationsmodell	107
	Nachwort	111
	Literatur	112
	Die Autoren sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bandes ..	120
	Sachregister	121

Danksagung

Danken möchten wir dem gesamten Team unserer Psychotherapiestation. Ohne dieses Team, in dem es große Freude macht mitzuwirken und von dem in jede Richtung viel Unterstützung ausgeht, wäre die Arbeit in der Form, wie wir sie hier beschreiben, nicht möglich. Unser besonderer Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen¹, die durch ihre Beiträge die Vielgestaltigkeit dieses Bandes ermöglicht haben: Susanne Neureiter-Penn (Kapitel 7), Brigitte Kravanja und Bettina Klinger (Kapitel 8), H. Magdalena Müller und Markus Hochbrugger (Kapitel 10).

Nicht vergessen dürfen wir, dass vieles was wir heute in unserer Arbeit als selbstverständlich betrachten, große gemeinsame Anstrengungen erforderte, die konzeptuelle und personelle Entwicklung in nicht nur unterstützenden Umwelten ständig voranzubringen. Ganz wesentlich wurde dies von Primarius Wilfried Leeb, dem langjährigen Leiter und Begründer des Sonderauftrags für stationäre Psychotherapie, getragen. Ihm sei hier unsere große Hochachtung vor dieser Leistung ausgesprochen.

Nicht zuletzt geht unser Dank an Günter Schiepek, der unsere Arbeit seit Jahren interessiert begleitet, dabei viele Anregungen aus seinen Forschungsfeldern mitbringt und schließlich die Einladung zum Verfassen dieses Bandes ausgesprochen hat. Zudem hat er in seiner Funktion als Reihenherausgeber wertvolle inhaltliche Anregungen gegeben und redaktionelle Überarbeitungen des Manuskripts vorgenommen.

Salzburg, im Juni 2014

Helmut Kronberger und Wolfgang Aichhorn

¹ Für eine gendergerechte Formulierung wählen wir hier den Weg, zwischen weiblicher und männlicher Schreibweise zu wechseln.

1 Stationäre Psychotherapie – ein integrativer Ansatz

„Die Psyche hat grundsätzlich den Drang, von anderen Psychen Gebrauch zu machen.“
Charles Spezzano²

Innerhalb der Psychiatrie „genießt“ die stationäre Psychotherapie eine gewisse Sonderstellung. Nach den wichtigen Errungenschaften der Sozialpsychiatrie in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde die biologische Psychiatrie (wieder) zum Leitparadigma der folgenden Jahrzehnte. Insbesondere die neuen Entwicklungen am psychopharmakologischen Sektor ließen die Fantasie aufkommen, psychiatrische Erkrankungen könnten allein durch Psychopharmaka geheilt oder zumindest in ihrem Verlauf so deutlich verbessert werden, so dass psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen nur noch in begrenztem Umfang notwendig seien. Auf diesem Hintergrund kam es nicht nur in Österreich zu einem massiven, über das vernünftige Maß hinausgehenden Bettenabbau in der Psychiatrie mit damit einhergehenden immer kürzeren stationären Behandlungszeiten.

Auf psychiatrischen Kongressen weltweit wurden diese Fortschritte in immer neuen Effizienzstudien zelebriert, obwohl – wie sich heute zeigt – bei aller Euphorie für die psychopharmakologische Behandlung die reinen Wirksamkeitsdaten keinen entscheidenden Vorteil der neuen Medikamente gegenüber den alten Antidepressiva und Antipsychotika nachweisen konnten. Gleichzeitig blieb die stationäre Psychotherapie ein wesentlicher Faktor in der Behandlung psychisch kranker Menschen, wenn auch nicht im Blickpunkt des psychiatrischen Mainstreams. Offensichtlich zeigte sich im Behandlungsalltag der Kliniken doch ein Bedarf nach dem bio-psycho-sozialen Menschenbild verpflichteten Therapiestationen.

Heute ist die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie unbestritten und es ist evident, dass psychische Erkrankungen, die mit schweren, biografisch bedingten Bindungsstörungen einhergehen, nur mit psychotherapeutischen Methoden, die genau diese Bindungs- und Beziehungsproblematik zum Thema machen, behandelbar sind. Diese Veränderungsprozesse beruhen auf neurophysiologischen Lernprozessen (Neuroplastizität) und benötigen Zeit. Diese Zeit sollte man den Patienten für ihre Entwicklungs-, Begegnungs-, Übungs- und Lernprozesse zugestehen.

Die Zunahme neurobiologischer Erkenntnisse führte auch die Psychotherapieforschung in ein neues Zeitalter und innerhalb der Psychiatrie erneut zu einem Paradigmenwechsel. Passend zu dieser Veränderung kam in Österreich auch die Umbenennung des „Facharztes für Psychiatrie“ in den „Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin“ im Jahr 2007. Erstmals wurde dadurch die psychotherapeutische Ausbildung der psychiatrischen Ausbildung gleichgestellt. Im Behandlungsalltag kann also eine psychopharmakologische Behandlung gleichwertig und gleichgewichtig mit einer psychothe-

² zitiert nach Tiedemann (2008, S. 254).

rapeutischen Beziehungsarbeit in der Gruppentherapie und Einzeltherapie durchgeführt werden.

Die meisten psychischen Erkrankungen, die einen chronifizierten und mit schweren psychosozialen Beeinträchtigungen einhergehenden Verlauf nehmen, sind mit frühen Beziehungstraumata assoziiert. Dazu gehören z. B. Persönlichkeitsstörungen, generalisierte Angststörungen, Somatisierungs-, Ess- und Zwangsstörungen. Es sind Menschen mit diesen Störungen, die unser Gesundheitssystem in hohem Maße – auch ökonomisch – fordern (Bohus, 2007). Ausgehend von der eher geringen Beachtung stationärer Psychotherapie in der psychiatrischen Versorgung verwundert es nicht, dass die abrechnungsrelevanten Kosten- und Erlösstrukturen im Gesundheitssystem keine besondere Rücksicht auf die Besonderheiten der stationären Psychotherapie genommen haben (z. B. die Teamarbeit mit multiprofessioneller Zusammensetzung und Arbeitsweise oder notwendige längere Aufenthaltszeiten von im Schnitt 12 bis 16 Wochen).

Die speziellen Bedingungen, welche die nun seit 20 Jahren gewachsene, erfolgreiche Arbeitsweise am Sonderauftrag für stationäre Psychotherapie der Christian-Doppler-Klinik Salzburg prägen, sind Inhalt der folgenden Kapitel. Zahlreiche Fallbeispiele geben neben theoretischen Überlegungen Einblick in therapeutische Prozesse und ihren psychodynamischen Hintergrund. Leitmotiv ist dabei die als Untertitel unseres Bandes gewählte „Strukturierung therapeutischer Prozesse durch Begegnung“, die von allen Teammitgliedern in der Auseinandersetzung mit sich und unseren Patienten getragen wird. Es ist eine Begegnung, die verändert und heilt – nicht nur unsere Patienten, sondern mitunter auch uns selbst.

Wenn zuvor die Paradigmenwechsel in der Psychiatrie in den Blick kamen, so ist noch auf die Frage einzugehen, wo wir unser Modell innerhalb der Konzepte stationärer Psychotherapie verorten. Im Zuge der eigenen, aus den praktischen Notwendigkeiten des Klinikalltags heraus gespeisten Entwicklungen innerhalb der letzten 20 Jahre haben wir die Diskussionen im deutschen Sprachraum mit verfolgt und uns davon auch anregen und beeinflussen lassen: vom bipolaren Modell der frühen psychosomatischen Kliniken bis hin zu störungsspezifischen Ansätzen auf Grundlage integrativer Konzepte (Köllner & Senf, 2010). Das Bühnenmodell des integrativen Ansatzes öffnet den Blick für Szenisches und auf Inszenierungen, es gibt einen Rahmen vor, innerhalb dessen sich psychodynamisches Verstehen, systemisches Denken und psychodramatisches Handeln ergänzen und eine methodische Pluralität ermöglichen. Die Integration störungsspezifischer Ansätze professionalisiert die Arbeit mit Zwangsstörungen (verhaltenstherapeutisches Konzept) und Traumafolgestörungen (dialektisch-behaviorales Konzept), wobei hier die von vielen Kolleginnen (v. a. aus dem Pflegepersonal) in Anspruch genommenen Weiterbildungen zum Skills-Trainer zu deutlich mehr Sicherheit im Umgang mit diesen Patientengruppen führte. Die verhaltenstherapeutische Gruppe für Patientinnen mit Zwangsstörungen läuft als *program in program*, d. h. diese Ansätze lassen sich integrieren, ohne die bewährte Arbeitsweise im Team und unser Grundverständnis verändern zu müssen.

Im vorliegenden Band versuchen wir, unsere Praxis einerseits erfahrungsnah darzustellen, andererseits in den Dialog mit der Theorie zu bringen. Bei dieser Reflexion durch die Brillen verschiedener Theorien ist deutlich geworden, dass wir uns am integrativen

Modell störungsspezifischer Modelle orientieren, dies allerdings in Verbindung mit einer Haltung, die sich am besten mit dem intersubjektiven Ansatz charakterisieren lässt. Wenn wir den Gedanken der Begegnung ins Zentrum rücken, so sind wir auf den Menschen, nicht auf den „Patienten“ bezogen. Wir geben ein „einseitig patienten-zentriertes Behandlungsverständnis“ (Kunzke, 2011, S. 578) auf, unser Expertenstatus tritt in den Hintergrund. Wir werden Expertinnen für die „Szene“, aber so sehr es hilfreich ist, ein szenisches Verständnis zu entwickeln und Szenen „lesen“ zu können, so begeben wir uns damit immer noch auf einen „Hochsitz“ (Mitchell, 2005), der Deutungshoheit sichern und von dem aus die Illusion der objektiven Distanz aufrecht erhalten werden soll. Bei störungsspezifischen Ansätzen, vorwiegend im Traumabereich, mag ein manualisiertes Vorgehen einen Zugewinn an Sicherheit bringen, aber immer ausgefeiltere Techniken und differenzierte Diagnostik können den therapeutischen Prozess nicht ersetzen. Entwicklungstraumata entspringen einem „Zusammenbruch des Systems gegenseitiger Regulation zwischen Kind und Betreuungsperson“ (Stolorow et al., 2002, zit. nach Bachhofen, 2012, S. 33), was bedeutet, dass die Qualität therapeutischer Arbeit im Beziehungsgefüge liegen muss und dass es das intersubjektive Feld ist, welches bestimmt, was geschehen und bearbeitet werden kann.

Begegnung meint also nicht, dass Expertinnen und Wissende den Patientinnen gegenüber treten. Sich auf Begegnung einlassen heißt vielmehr, dass subjektive, immer auch affektiv aufgeladene Erfahrungswelten aufeinander treffen. In den Therapien werden wir Teil gemeinsam kreierter intersubjektiver Felder. Der intersubjektive Ansatz geht davon aus, dass es keinen isolierten Geist geben kann, dass wir von Beginn der individuellen Entwicklung an auf äußere Welten bezogen sind und unsere Subjektivität sich in Bezogenheit entfaltet, also durch Intersubjektivität. Wir können uns auf keine starren Identitäten berufen – weder persönlich noch in unserer Professionalität. In den interaktiven Momenten der Begegnung verwandeln wir uns vielmehr auf individuelle Weise und lassen die verschiedenen Aspekte unseres inneren Kerns lebendig werden (Eberhard, 2005). Jaenicke (2006) spricht vom „Risiko der Verbundenheit“: In der Begegnung mit unseren Patienten sind wir mit eigenen Ängsten, Verwundungen, Traumatisierungen konfrontiert. Allerdings stoßen wir in der Teamarbeit und im dabei notwendigen Austausch auch an Grenzen: Wie kann die Balance zwischen Selbstreflexion und Selbstoffenbarung einerseits und notwendigem Selbstschutz andererseits gehalten werden?

Vielleicht ist der Ansatz der selbstreflexiven Empfänglichkeit von Mitchell (2005) geeignet, das Vorgehen in der stationären Psychotherapie sowie die Arbeit im Team zu beschreiben: „Ich habe festgestellt, dass ich den produktivsten Gebrauch von mir mache, wenn ich mich bemühe zu verstehen, wie ein Patient sich mir in einer bestimmten Situation darstellt, und ich dann darüber zu reflektieren versuche, wie ich darauf reagiere. Welche Version von mir wird durch die Präsenz des Patienten am heutigen Tag evoziert? Wer bin ich? Wie bin ich, wenn ich mit dem Patienten zusammen bin?“ (S. 249). Diese selbstreflexive Empfänglichkeit ist wohl eine hohe Kunst und hoch dynamisch insofern, als wir genauso wie unsere Patientinnen durch wechselnde, diskontinuierliche Selbstzustände und Selbstorganisationen gekennzeichnet sind, die sich wiederum in einander wechselseitig beeinflussenden interpersonellen Feldern generieren. Der Ansatz ist insofern flexibel, als darin verschiedene Verständnisweisen der Teammitglieder, ihre Haltungen und Persönlichkeiten Platz finden.