

PSYCHOTHERAPIE IN DER LEBENSSCHULE – SETTING, THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFT UND TEAMDYNAMIK AM BEISPIEL DER 12-SCHRITTE-KLINIKEN

INKA BÖGNER IM INTERVIEW MIT
DR. MED. FRIEDRICH INGWERSEN, PRIVATKLINIK BAD ZWISCHENNAHN

PSYCHOTHERAPY IN THE FIELD OF 12 STEP HOSPITALS – SETTING, THERAPEUTIC COMMUNITY AND DYNAMICS IN THE TEAM AN INTERVIEW WITH DR. MED. FRIEDRICH INGWERSEN BY INKA BÖGNER

Inka Bögner

Zusammenfassung

Das Konzept einer Reihe von Kliniken für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik in Deutschland basiert neben den üblichen psychotherapeutischen Verfahren auf dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker. In diesem Rahmen nimmt die therapeutische Gemeinschaft eine besondere Rolle ein, da in ihr die Patienten selbst durch Spontaneität und „ansteckende Gesundheit“ wichtige Faktoren zur Genesung beitragen. Beispiel ist hierfür die Privatklinik Bad Zwischenahn unter Chefarzt Dr. med. Friedrich Ingwersen¹, die mit einem ähnlichen Modell und einer kleineren therapeutischen Gemeinschaft arbeitet. In der Einleitung werden die verschiedenen Therapieangebote und –verfahren genannt, das Interview soll Rahmenbedingungen und Grundprinzipien eines solchen Settings in der täglichen Praxis verdeutlichen.

Schlüsselwörter 12-Schritte-Programm – therapeutische Gemeinschaft - Anonyme Alkoholiker – „ansteckende Gesundheit“

Summary

A number of hospitals for psychotherapeutic and psychosomatic medicine in Germany is based on the program of the Alcoholics Anonymous, beneath the more common psychotherapeutic means. In this setting, the therapeutic community plays a special role as it shows its effects through spontaneity and "contagious health" which are contributed by the clients themselves as an important factor of recovery. The Bad Zwischenahn private hospital, founded by Dr. med. Friedrich Ingwersen, shows in an impressive way the model of such a therapeutic community as well as its principles and settings. The introduction of this text outlines the different offers and therapeutic procedures found in this kind of hospital. The interview will give an impression of every day's practice in the setting.

Keywords 12 step program– therapeutic community – Alcoholics Anonymous – „contagious health“

Dieser Artikel soll einen Überblick über die Rahmenbedingungen und therapeutischen Settings der 12-Schritte-Kliniken geben. Dabei steht die oben genannte Klinik als spezifisches Beispiel zur Verfügung (Ingwersen, 2002), jedoch selber immer in Entwicklung stehend und von daher nicht als das Vorbild per se anzusehen. In ganz ähnlicher Weise arbeiten Kliniken wie Bad Herrenalb – in der Walther Lechler in den 1970er Jahren sein therapeutisches Modell begründete –, die Hochgratklinik in Wolfsried, die Adula-Klinik, die Klinik Bad Grönenbach und einige andere.

Das Grundprinzip der therapeutischen Gemeinschaft wird hier in unterschiedlicher Weise ergänzt durch Therapieangebote wie Hütten-Marathon, Einzelsitzungen, Musiktherapie, kon-

zentrierte Bewegungstherapie, Trauma-Gruppen für Frauen, Männergruppen, Sporttherapie, physikalische Anwendungen etc. Gemeinsam ist diesen Kliniken das hochkonzentrierte psychotherapeutische Milieu, das in besonderem Maße auf die zu erringende Gesundheit als etwas „Ansteckendes“ setzt. So beinhaltet diese Lebensschule (Lair und Lechler, 1983) ein gegenseitiges Sichspiegeln im anderen, ein kontinuierliches Entdecken der eigenen Person und der des anderen, ein Nehmen und Geben oder die Erkenntnis, wie wenig man selbst nimmt und gibt. Die spezifischen eigenen Probleme findet man besonders gut im anderen, doch auch den Experten finden viele Patienten eher in den Mitpatienten als in den Therapeuten. Besonders deutlich wird dies in den täglich stattfindenden abendlichen Gruppen der Anonymen Alkoholiker (Zwölf

¹ 1978-1988 Assistenzarzt bei Chefarzt Walther H. Lechler, Klinik Bad Herrenalb; 1989-1993 Erster Oberarzt der Klinik Bad Herrenalb; 1994-2004 Chefarzt der Klinik Rastede; seit 2005 Chefarzt der Privatklinik Bad Zwischenahn.

Schritte und Zwölf Traditionen, 2002), bei Al-Anon, Co-Dependent Anonymous, Emotions Anonymous, Narcotics Anonymous, um nur einige zu nennen.

Die Arbeitsweise der 12-Schritte-Kliniken lässt sich bestens durch ihr Motto beschreiben:

„Wir sind hier, weil es letztlich kein Entrinnen vor uns selbst gibt. Solange der Mensch sich nicht selbst in den Augen und Herzen seiner Mitmenschen begegnet, ist er auf der Flucht. Solange er nicht zulässt, dass seine Mitmenschen an seinem Innersten teilhaben, gibt es für ihn keine Geborgenheit. Solange er sich fürchtet, durchschaut zu werden, kann er weder sich selbst noch andere erkennen – er wird allein sein.

Wo können wir solch einen Spiegel finden, wenn nicht in unseren Nächsten? Hier in der Gemeinschaft kann sich ein Mensch erst richtig klar über sich werden und sich nicht mehr als den Riesen seiner Träume oder den Zwerg seiner Ängste sehen, sondern als Menschen, der – Teil eines Ganzen – zu ihrem Wohl seinen Beitrag leistet. In solchem Boden können wir Wurzeln schlagen und wachsen; nicht mehr allein – wie im Tod –, sondern lebendig als Mensch unter Menschen“ (Beauvais, 1964).

Was ist mit therapeutischer Gemeinschaft gemeint? In erster Linie sind die Patienten Gäste, die gemeinsam eine arbeitsintensive, ganz und gar nicht leichte Zeit in der Klinik verbringen. Gelegentlich kann dies für die Patienten den Charakter einer „Schicksalsgemeinschaft“ annehmen, wenn sie sich durch gemeinsame Probleme und Erfahrungen auf ihrem Weg eng verbunden fühlen. Gruppenveranstaltungen wie die 12-Schritte-Information, die Vollversammlung, das Forum und Vorträge, die allesamt verpflichtend sind, vermitteln allein durch ihre strukturgebende Wirkung ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, das viele vorher nicht kannten. Darüber hinaus finden etliche Therapieeinheiten in Kerngruppen statt, deren Mitglieder in der Regel über mehrere Wochen dieselben sind, so dass in dieser kleinen Gruppe oftmals ein sehr intensives Wissen übereinander geteilt und das Leid des Einzelnen von der Gruppe mitgetragen wird. Es ist den Patienten auch möglich, abends zusätzlich eigene Interessengruppen anzubieten und so während der therapiefreien Zeit eigene Lebenserfahrungen gemeinsam zu verarbeiten wie auch weiterzugeben. Oft gelingt es gerade in diesem informellen Rahmen, Elemente der erhaltenen Gruppentherapie zu verstehen und anzunehmen.

Durch die Bildung eines Komitees werden die Patienten, die schon länger in der Klinik sind, in die Verantwortung für die gesamte Gemeinschaft gestellt. Sie besprechen täglich untereinander Vorkommnisse in der Patientenschaft und behalten isolierte oder gefährdete Mitpatienten im Auge, um dies täglich zu Beginn der Teamsitzung den Therapeuten mitzuteilen und sich dadurch zu entlasten. Sie leiten auch das Forum, in dem die Patienten ohne Therapeuten zusammenkommen und die Gemeinschaft betreffende Themen besprechen. Dies betrifft Dienste wie die Übernahme für Patenschaften für die Neuankommlinge, Hilferufe an die Gemeinschaft oder das Melden eigener Rückfälle. Dem zugrunde liegt ein Regelwerk, wie die Versammlung zu führen ist und in welcher Form gere-

det werden kann. Dieses gibt Stabilität und Sicherheit im Umgang miteinander und ist eine Verpflichtung für alle Patienten. Die Fastenregeln sind die Vorgabe der Klinikleitung für ein therapeutisches Miteinander. Dies bedeutet während der Zeit des Klinikaufenthalts den Verzicht auf die Einnahme chemischer Substanzen, die die Gefühle manipulieren und den psychotherapeutischen Prozess beeinträchtigen können, wie Alkohol, Nikotin und andere Drogen. Dies gilt auch für sexuelle Beziehungen zu Mitpatient(inn)en, da sie Abhängigkeiten hervorrufen können, die das gute Wirken einer therapeutischen Gemeinschaft ebenfalls einschränken können. Abstinenz ist auch bei Fernsehen, Radio, CD-Playern gefragt – die äußere Ruhe soll es ermöglichen, besser in sich hineinzuhören. Überdies gilt – je nach medizinischer Indikation – für fast alle Patienten: Meditation und Frühsport, meist ab 6.15 Uhr. In manchen Kliniken besteht zu Beginn des Aufenthalts eine mehrwöchige Kontaktsperre zur Außenwelt, um dem Patienten das Einleben in die Gemeinschaft zu erleichtern und den oft nötigen Abstand zur Umwelt zu schaffen.

Um starke Emotionen wie Wut, Aggression oder Trauer in gezielte Bahnen zu lenken, wird in den meisten Kliniken emotionale Gruppenarbeit angeboten auf der Grundlage des „New Identity Process“ nach Daniel Casriel (Casriel, 1995). Diese Therapieform ermöglicht es den Patienten, mit neuen, positiven Gefühlen leichter neue Einstellungen zu ihrem Selbstbild zu gewinnen.

Überdies wird in der Klinik Bad Zwischenahn inzwischen „Energetische Psychotherapie“ nach Fred P. Gallo praktiziert, die eine Synthese aus hypnotherapeutischen, kinesiologischen und neurophysiologisch fundierten Komponenten darstellt. Diese Methode wird als äußerst effektiv in der Behandlung von Traumata und posttraumatischen Belastungsstörungen angesehen und integriert laut Ingwersen die „Neo-Cognitive Therapy“, neurolinguistisches Programmieren, Hypnotherapie nach Erickson, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Thought-Field-Therapy (TFT), angewandte Kinesiologie, Meridianpsychologie (Klopfakuspressur aus der traditionellen chinesischen Medizin) und eine Anzahl „Energie“-basierter Therapien.

Die Indikationen sind in den meisten Kliniken sehr ähnlich, manche verfügen sowohl über Plätze im Bereich Rehabilitation als auch in der Akutaufnahme. Somit können in der Regel folgende Krankheitsbilder unterschiedlicher Ausprägung behandelt werden: Somatoforme Störungen, Psychoneurosen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Ängste und Panikattacken, soziale Phobien, Schlafstörungen, Depressionen, Arbeitsstörungen, Partnerschaftskrisen; Essstörungen (Anorexie und Bulimie); Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit nach erfolgtem Entzug), nicht stoffgebundene Abhängigkeiten (wie Co-Abhängigkeit, Spielsucht, Arbeitssucht, Sex- und Beziehungssucht); latente oder subakute Suizidalität; psychische Traumatisierungen und Retraumatisierungen; Opfer von Mobbing; Psychosomatosen (Asthma bronchiale, entzündliche Darmerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, essentielle arterielle Hypertonie, Tinnitus, Hörsturz, Allergien, Schmerzzustände, Migräne); schwere neurotische Entwicklungen („frühe Störungen“); Um-

stellungstherapie bei berufsbedingten chronischen Stressoren, Bewegungsmangel, Ernährungsfehlern, zivilisationsbedingten Fehlern der Lebensführung; Kriseninterventionen bei psychiatrischen Krankheitsbildern, die keiner geschlossenen Behandlung bedürfen.

Die angewandten Therapieverfahren erstrecken sich von Elementen der Transaktionsanalyse und der Verhaltenstherapie über imaginative Verfahren, Gestalt- und Körpertherapie, kreative Therapien, Entspannungstechniken, Autogenes Training, psychodynamische und tiefenpsychologisch fundierte und systemische Psychotherapie, systemisch-familientherapeutische Paar- und Familiengespräche, Familienskulpturen und -rekonstruktionen.

Das folgende Interview mit Dr. Friedrich Ingwersen soll die praktische Umsetzung der oben genannten Regeln und Methoden im klinischen Setting darstellen als auch die Auswirkungen des Konzeptes der therapeutischen Gemeinschaft auf die Arbeit des einzelnen Therapeuten und des Gesamtteams beschreiben.

Herr Dr. Ingwersen, bezüglich Ihrer Klinik in Bad Zwischenahn: Warum die Entscheidung für eine Privatklinik?

Es gibt nur noch die Möglichkeit, eine Privatklinik zu öffnen, weil Rehabilitations-Kliniken durch bestimmte Verträge existieren. Die Kassen und die Rentenversicherungen schließen solche Verträge in der gegenwärtigen Situation nicht ab.

Werden Privatpatienten anders behandelt als gesetzlich Versicherte?

Ich habe aus früheren Jahren sehr viel Erfahrung damit, bei der Behandlung quasi zu vergessen, wer Kostenträger ist. Therapeutische Gemeinschaft verlangt, dass vor den Gegebenheiten von Heilung und Lösung alle gleich sind.

Wird das bewährte 12-Schritte-Programm, mit dem Sie in anderen Kliniken gearbeitet hatten, übernommen?

Das 12-Schritte-Programm ist für mich absolutes Basic (Ingwersen, 1999). Auch wenn ich es nie „geschafft“ habe, Alkoholiker oder trockener Alkoholiker zu werden, muss ich doch sagen, dass mein Leben, mein Zurechtkommen in dieser Welt auch auf dieser Philosophie basiert. Das verdanke ich als Therapeut meinen Patienten, die mich zunächst überzeugt haben, dass es bei denen funktioniert. Deswegen bin ich nicht einer von ihnen, aber ich bin einer, der diese einfache Überlebensphilosophie gerade in Krisen für sich selbst gut gebrauchen kann. Ein seelisch Gesunder, der einen Weg voller Probleme hinter sich hat, ist anschließend natürlich immer ein Experte. Für mich ist ein geretteter trockener Alkoholiker schlagartig ein Experte. Auf eine gewisse Weise erlebe ich ihn wie einen Kollegen, weil er ein Wissen hat, das für andere nützlich ist, und das macht einen Therapeuten aus. Jeder Gezeichnete, der davongekommen ist, jeder verwundete Heiler ist deshalb heilsam, weil seine eigene Geschichte anderen nützlich sein kann in diesem Miteinander. Dieses Weitergeben ist auch eine der Grundideen des 12-Schritte-Programms.

Im Flyer steht, die Klinik sei auch für subakute psychische Erkrankungen geeignet.

Diese Klinik ist für Akutaufnahmen eingerichtet. Reha gibt es hier nicht, nur Akutbehandlungen. Wenn die Akuität behoben ist, dann wird die Behandlung in der Ambulanz weitergeführt.

Was macht das für einen Unterschied in der Arbeit mit den Patienten?

Akutbehandlung verlangt natürlich mehr Bereitstellung von Personal. Der Reha-Patient kommt und hat ein Problem, mit dem er schon lange zu tun hat, das jetzt aber gut werden soll. Der Akut-Patient kommt, weil er mehr oder weniger überwältigt ist von etwas, was für ihn ganz frisch ist, so dass er damit noch gar nicht umgehen kann. Mit einem Reha-Patienten kann man eher Vereinbarungen treffen, z. B. Abstinenz von Nikotin, Fernsehen usw. Bei einem Akut-Patienten muss man schauen – was bringt er, was hat er, was kann er – und hochflexibel die Möglichkeiten prüfen, wie man auf ihn angemessen eingeht.

Wie wird mit subakuter Suizidalität umgegangen?

Subakute Suizidalität ist paradoxerweise trotz ihrer hohen Lebensgefährdung ein sehr fruchtbarer Zustand. Wenn ein Patient eine solche Krise durchsteht und unbeschadet überlebt, dann beschreibt er sich im Nachhinein oft so, wie ein Anonymer Alkoholiker seine Rettung beschreibt. Die meisten Rettungen der AA und der anderen Anonymen entstehen ja auch, wenn Krisen sich verschärfen. Viele Alkoholiker berichten sehr übereinstimmend, dass die Verschärfung der Krise für sie die Chance bedeutet hat, aus dem Dilemma herauszukommen. Die Berichte von Alkoholikern und die Berichte von überlebenden Suizidalen haben sehr große Ähnlichkeit mit archetypischen Geschichten von Helden, die eine schwere Krise überstehen mussten, damit sie ihre Reifungsaufgabe erfüllten. Nehmen Sie z. B. Forrest Gump. Am Anfang ist er ein sympathischer Trottel. Am Ende ist er immer noch ziemlich trottelig, aber er hat doch eine Menge gelernt. Etliche Krisen kamen über ihn nieder, wie der Vietnam-Krieg oder eine andere Krise mit diesem Jogging-Anfall, als er auch tüchtig gesponnen hat. Und am Ende des Filmes hat man den Eindruck, dass er ein gelassenes, erfülltes, zufriedenes Leben führen kann – mit Freunden und einer Heimat, vielleicht einer Aufgabe und einer Partnerschaft, wenn ich mich an den Film richtig erinnere.

Es gibt viele andere so genannte Bildungsromane, die dieses Schema verfolgen. Ein so genannter Held kommt in eine Krise, in der er ganz fürchterlich an seine Grenzen geführt wird. Er kommt dann doch irgendwie raus, vielleicht ein bisschen beschämt, alles andere als glorios, aber dankbar, dass er entkommen ist.

Und das ist sozusagen der Stern am Horizont, der uns führt, wenn wir Menschen in solch existentiellen Krisen zu begleiten haben. Alle Beteiligten nehmen dabei hohe Risiken auf sich, und es dürfte wohl eine wichtige Komponente der Heilung sein, dass genau dieses Auf-sich-Nehmen von Risiken geschieht. Wir glauben dann auch, dass die Krise vorbei ist, wenn die Patienten uns sagen, sie stünden nicht mehr so unter Druck. Und wenn sie dann auch sagen, da seien eine ge-

wisse Dankbarkeit und Nüchternheit und eine gewisse Zustimmung zu dem, was ich bin in dieser Welt.

Wie gehen Sie persönlich mit Suizidalität um?

Suizidalität wird von uns bei jedem Patienten in jeder Begegnung aufs Neue eingeschätzt. Es kommt vor, dass ich nachts aufwache und denke: „Mensch, ich glaube, ich habe diesen Patienten falsch eingeschätzt.“ Dann rufe ich die Nachtschwester an und bitte, mal zu schauen, ob der Patient wohl schläft oder ob es ihm womöglich schlecht geht. Das passiert mir sehr regelmäßig. Ich nehme da etwas auf mich, auf meine Nerven, auf meine Kraft, auf mein Gottvertrauen, auf meine Integrität, wenn ich mit Suizidalen arbeite. Und der therapeutische Beitrag ist, dass der Therapeut ein gewisses Risiko eingeht, diesen Patienten zu begleiten, und dass er die ständige Risikoabwägung zwischen Sicherheit und Wagnis entsprechend seinen „Bauchgefühlen“ leistet.

Wird es neben den Psychotherapien auch physikalische Anwendungen geben?

Wir haben uns natürlich darauf eingerichtet, weil wir glauben, dass Massagen oder Entspannungsübungen gerade in akuten Situationen bei bestimmten Patienten hilfreich sein können. Meine Frau, Dagmar Ingwersen, arbeitet als hocherfahrene Körperpsychotherapeutin, weil gerade in akuten Situationen nicht nur der Zugang über Worte, sondern auch über Bewegung ganz schnell wirken kann (D. Ingwersen, 2004).

Wir werden hier alles einbringen, was wir haben: Nämlich die für uns inzwischen sehr überzeugende Mischung aus der systemischen Familientherapie der Heidelberger Schule, der lösungsorientierten psychoanalytisch-systemischen Psychotherapie à la Professor Fürstenau, dem Systemischen Vorgehen nach dem Hellinger-Ansatz und der energetischen Psychotherapie nach Gallo.

Das sind im Augenblick die Säulen, was die reine Therapie angeht, basierend auf einer therapeutischen Gemeinschaft. Wir fördern die spontanen Selbstheilungskräfte, die im Kontakt von Patienten untereinander entstehen, und achten darauf, dass eventuell auftretende negative psychodynamische Phänomene von uns gut aufgefangen werden.

Wie laufen Dynamiken unter den Patienten ab?

Ich stelle mir vor, dass die gruppenspezifischen Mechanismen, wie wir sie von unseren heutigen Gruppen kennen, sehr denen unserer Vorfahren ähneln, sagen wir, der Urhorde in der afrikanischen Buschsavanne. Auf der einen Seite sind dies Zusammenhalte-Tendenzen, in denen der Einzelne mitgeschleppt wird, damit er überleben kann. Andererseits haben die Gruppen aber auch Reaktionen, die man als Ausstoßen bezeichnet, Sündenbockmuster zum Beispiel. Diese verschiedenen spontanen Muster sind uns möglicherweise angeboren. Es ist die Aufgabe einer psychosomatischen Klinik, dass auf der einen Seite die positiven, fördernden, stärkenden Tendenzen einer Gruppe von der Klinikleitung gefördert werden. Allerdings darf die Klinikleitung keine Insel der Seligen schaffen, weil dann der Kälteschock nach der Behandlung kommt. Es ist also für mich selbstverständlich, eher ein mittelwarmes

und kein allzu „kuscheliges“ Klima zu fördern und die Betroffenen auf den „post-clinic-blues“, die erste Zeit nach dem Klinikaufenthalt, vorzubereiten.

Ein negatives von diesen Gruppenphänomenen ist der Gruppendruck. Die Klinikleitung muss darauf achten, dass Gruppendruck als Mitmachzwang und Mitmachnötigung ebenso wenig aufkommen kann wie Sündenbockmuster und Mobbing. Die therapeutische Gemeinschaft hat wie jedes Heilmittel positive, erwünschte Wirkungen und negative, unerwünschte Nebenwirkungen an sich. Wie bei jedem Medikament habe ich als Arzt darüber zu wachen, dass die positiven Wirkungen, die Dosierung und die Häufigkeit der Einnahme so kalkuliert sind, dass die tatsächlichen Wirkungen optimiert werden und kontrollierbar bleiben – so gilt das auch für die therapeutische Gemeinschaft.

Liegt der Schwerpunkt Ihres Konzepts mehr auf der Gruppen- oder der Einzeltherapie?

Die Gallo-Methode ist eine typische Methode für Einzelbehandlungen, die sich meines Erachtens nicht in Gruppen einsetzen lässt. Deshalb wird die Einzeltherapie hier einen großen Stellenwert haben.

Menschen in akuter Not müssen, was die Gruppentherapie betrifft, erst die Erfahrung des Angenommenseins und der Akzeptanz durch die Gruppe machen. Darüber hinaus erleben sie in der therapiefreien Zeit durch die Spontaneität in der therapeutischen Gemeinschaft, dass sie von Menschen mit ähnlichen Problemen an- und aufgenommen sind. Über dieses Erleben geschieht ansteckende Gesundheit und die Patienten bleiben auch in akuten Krisen offen für Gruppen und Veranstaltungen. In der Gruppe sitzt der Patient da und schaut zu, wie der Therapeut jemand anderen behandelt. Der Patient kann sich viel leichter auf die therapeutische Behandlung einlassen, wenn er den Erfolg des Mitpatienten, der schon etwas mehr Vertrauen gefasst hat, sieht. Das scheint mir der Hauptwert von Gruppenbehandlungen zu sein.

Was ist, wenn Gruppendynamik in der Kerngruppe zu Sprengstoff führt?

Wir werden auch in Bad Zwischenahn unsere langjährige Erfahrung im Umgang mit Emotionen einbringen. Emotionen, die als nicht förderlich, gefährlich, bedrohlich gelten, kommen hier in ein Setting – die Mattenarbeit nach Dan Casriel-, in dem sie gefahrlos ausagiert werden können. Das ist eine Kunstsituation, die draußen in der Realität nicht anwendbar ist. In der Therapie kann dies sehr hilfreich sein, da unser Unbewusstes zwischen echt und falsch, zwischen real und nicht real nicht unterscheidet. Das Unbewusste lässt sich gern auf eine Als-ob-Situation ein. Das nutzen Menschen seit alten Zeiten für ihre Rituale, mit denen sie ihr Unbewusstes in bestimmter Weise beeinflussen.

Was macht die Qualität eines guten Teams aus?

Auf der einen Seite eine sehr klare Struktur, vor allen Dingen in Krisen. Die Hierarchie muss stimmen und vorher oft genug in Krisen erprobt worden sein. Darüber hinaus muss genug Platz sein für Kreativität, Chaos und die Arbeit an einer guten Routine. Es muss auch Platz dafür sein, dass Therapeu-

ten hinter den Kulissen „ihren Kropf leeren“ können über Patienten, denen sie sich ausgeliefert fühlen. Innerhalb des Teams muss es Solidarität geben, damit sich kein Therapeut oder Teammitarbeiter isoliert oder allein gelassen fühlt. Und natürlich muss es auf diese Weise möglich sein, dass man ganz schnell wieder den fairen Blick auf einen schwierigen Patienten zurückgewinnt und im Team gemeinsam überlegt, wie mit dieser Störung umzugehen ist.

Eines der für ein Team wichtigen Prinzipien, von denen ich denke, dass sie in einem ökologischen Gleichgewicht stehen, ist sicherlich auf der einen Seite die Non-Hierarchie des Teamgedankens und auf der anderen Seite die klassische Hierarchie. Ich hatte gute Chefs, die in Krisen die Verantwortung übernommen und Entscheidungen gefällt haben, so dass ich einfach folgen konnte. Wenn dann die Krise vorbei war, herrschte wieder Non-Hierarchie. Für mich war das in meinem Fach, in dem wir immer wieder mit sehr gefährdeten Patienten zu tun haben, sehr wohltuend, wenn ich einen Chef hatte, der ganz klar Chef war, wenn die Situation es verlangte. Das wurde für mich unbedingt Vorbild. Als Chef habe ich den Anspruch an mich, dass die Mitarbeiter die Sicherheit spüren, die ich ihnen verschaffe. Damit können sie sich umso sicherer und freier fühlen, sich den schwierigen Patienten zuzuwenden.

Wie ist die therapeutische Haltung gegenüber dem Patienten?
Ich sehe da Gleichwertigkeit. Mein verehrter Lehrer Walther Lechler, bei dem ich von der Pike auf Psychotherapie gelernt habe, hatte den Grundsatz: „Therapie gelingt dann, wenn der Klient vergisst, dass er der Klient ist, und der Therapeut vergisst, dass er der Therapeut ist.“ Das ist eine solche Grundvorstellung aus der humanistischen Psychologie. Diese Haltung ist natürlich auch kritisierbar, denn durch eine solche Haltung kann es auch zum Missbrauch von Patienten kommen. In dieser Grundhaltung der mitmenschlichen Ebenbürtigkeit machen wir uns angreifbar, dass wir damit unsere Professionalität scheinbar über Bord werfen. Aber man muss seine eigene Professionalität pflegen, um dann immer wieder den Schritt zu dieser mitmenschlichen Ebenbürtigkeit wagen zu können. Die bedeutet, dass zwischen Patient und Therapeut der Unterschied nur gering ist, vielleicht nur zeitweilig ist und dass der Therapeut ruhig bleibt und dem Patienten vertraut. In diesem Punkt beziehe ich gerade aus dem 12-Schritte-Programm meine eigene persönliche Kraft, weil dieses Programm unterstellt, dass die kompetentesten Helfer oft die Betroffenen sind. Ich bin gewissermaßen nur danebenstehender Geburtshelfer, der die Kunst des Wenigtuns pflegt, während viel Hilfe von den Betroffenen unter den Betroffenen geschieht.

Ich glaube, dass ein Teil meiner therapeutischen Kompetenz darin besteht, dass ich es immer wieder einmal wage, Patienten von meinen eigenen Leiden, von meinen eigenen Bewältigungsversuchen, Erfolgen und Misserfolgen zu erzählen. Das ist in anderen Schulen absolutes Tabu – andere Schulen sehen das als Patientenmissbrauch, als Übergriff. Darf ein Therapeut zum Beispiel im Beisein seines Patienten weinen? Ich meine ja, und zwar dann, wenn er eine gute Ressource hat, z. B. in einem Team, von dem er weiß, dass er nicht allein

gelassen wird. Vor vielen Jahren erlebte ich einmal eine unglaubliche therapeutische Situation: Ich hatte einen Oberarzt, der selber schwer depressiv war und schon sehr viel zur Bewältigung seiner Depression gemacht hatte. Er sprach weinend vor einer großen Gruppe, über sich und das, was er von sich erzählen konnte. Das rief eine riesige Betroffenheit hervor. Er erreichte ungeheuer viele Depressive, die sich dann wie er darauf konzentrierten, nur für heute zu tun, was zu tun ist, die sich einfach weiterschleppten in der Hoffnung, es werde besser. Das halte ich für ein unglaubliches therapeutisches Tun, das berührte und beeindruckte mich damals sehr. Manche sagen, dass ein solcher Therapeut sich eine narzisstische Blöße gibt und seine Patienten missbraucht, weil er nicht abstinenz ist. Ich meine, dass man sehr diskutieren kann, wo die Grenze der Abstinenz ist.

Literaturempfehlung

- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. (Hrsg.) (2002): Zwölf Schritte und Zwölf Traditionen. Marktobendorf: Schnitzer-Druck, S. 13ff
- Beauvais R (1964/1983): Nicht veröffentlicht. Richard Beauvais war durch den Kurs in DAYTOP gegangen und schrieb dies als Abschluss. Im Original heißt es: „Ich bin hier ...“ In: Lair JC, Lechler WH (Hrsg.): „Von mir aus nennt es Wahnsinn“. Stuttgart: Kreuz Verlag, S. 9-10
- Casriel D (1995): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Oberursel: 12&12-Verlag
- Ingwersen D (2004): Methodenswitching und die Nutzung des Phänomens der „verkörperten Gegenübertragung“. In: Döring-Meijer H (ed.): Systemaufstellungen. Geheimnisse und Verstrickungen in Systemen. Paderborn: Junfermann
- Ingwersen F (1999): Das Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker, ein systemisch/lösungsorientierter Selbsthilfefansatz? In: Döring-Meijer H: Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Ingwersen F (2002): Integratives Behandlungsmodell im stationären Kontext einer Fachklinik für SozioPsychosomatische Medizin. Vortrag im Zentrum für Wissenschaftliche Weiterbildung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Mai 2002, S. 4
- Lair JC, Lechler WH (1983): „Von mir aus nennt es Wahnsinn“. Stuttgart: Kreuz Verlag, S. 61-69

Inka Bögner, Pädagogin M.A.
Hübnerstr. 9 • 80637 München
Tel.: 089/99 67 99 98
E-Mail: inka_boegner@hotmail.com