



Gisela A. Cöppicus Lichtsteiner

Wenn der Lebensfaden brennt

Spirituell-religiöse Erfahrungen Traumatisierter
in der Kathym Imaginativen Psychotherapie



Gisela A. Cöppicus Lichtsteiner

Wenn der Lebensfaden brennt

Spirituell-religiöse Erfahrungen Traumatisierter
in der Katathym Imaginativen Psychotherapie

Mit einem Vorwort von Eberhard Wilke

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

© 2019, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Max Rüedi

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-40385-4

Inhalt

Vorwort	7
1 Einleitung – Worum es geht	9
1.1 Grenzen der Psychotherapie und grenz- überschreitende Erfahrungen	9
1.2 Absicht und Aufbau des Buches	11
1.3 Dank	15
2 Wesen und Wirkung der psychotherapeutischen Beziehung	17
2.1 Wirkt Psychotherapie? Zur großen Psychotherapie-debatte	17
2.2 Gaetano Benedetti: Hoffnung, der Leitfaden des therapeutischen Geschehens	24
2.3 Vom psychotherapeutischen Eros	34
3 Plädoyer für eine »Spirituell integrative Psychotherapie«	41
3.1 Die Anfänge in den USA	42
3.2 Die aktuelle Diskussion im deutschsprachigen Raum	44
3.3 Grundannahmen, Empfehlungen und Richtlinien	47
3.4 Kontroverse Diskussionen	48
3.5 Fragende Schlussfolgerungen	50
3.6 Lehrbuch für eine die Spiritualität integrierende Psychotherapie	51
3.7 Sinnfragen, Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung	55
3.8 Spirituelle Methoden in der Psychotherapie – Argumente pro et contra	56
3.9 Psychotherapie und/oder spirituell-theologische Begleitung?	58

4	Spirituell-religiöse Erfahrungen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie	59
4.1	Eine kurze Einführung in die Katathym Imaginative Psychotherapie	59
4.2	Imaginierte Innere Helfer	62
4.3	Regression im Dienste des Ich	63
4.4	Eine »Transzendente Funktion« als vierte Wirkdimension in der KIP?	65
4.5	Deutung und Wirkung spirituell-religiöser Erfahrungen	69
4.6	Professioneller Umgang mit spirituell-religiösen Fragen und Erfahrungen	71
5	Die Fallgeschichten und theoretischen Exkurse	73
5.1	Salome – »Dich wird niemand lieben«	77
	Exkurs: Die Dissoziative Identitätsstörung	97
5.2	Brava – »... und ich mir wichtig geworden bin!«	105
	Exkurs: Der Weg der Hoffnung	128
5.3	Bianca – »Wer interessiert sich noch für mich?«	136
	Exkurs: Lebensbedrohlicher Zwang oder heiliges Fasten?	158
5.4	Lena – »Ich habe gelernt, nicht zu sein!«	166
	Exkurs: Liebesunwert, Scham und Schuld	191
5.5	Liliane – »Danach erst kann ich Liebe erwarten«	197
	Exkurs: Durchleben und Durchleiden	220
5.6	Sonja – Auf der Suche nach der Seele Eine Katamnese	225
6	Existenzielle Wiedergutmachung	230
6.1	Posttraumatisches Wachstum	230
6.2	Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch	231
6.3	Hypothesen als Schlussfolgerungen	232
	Literatur	235

Vorwort

Vor 25 Jahren kamen Mitarbeiter einer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie – für die ich damals verantwortlich war – mit der Frage auf mich zu, ob es möglich sei, in einer besonderen Arbeitsgruppe über die Tagträume ihrer Patienten zu sprechen, die unter zum Teil schweren Psychosomatosen und Traumafolgestörungen litten. Im Verlauf der symboldramatischen Sitzungen im Rahmen der Katathym Imaginativen Psychotherapie kam es bei einigen Patienten zu tiefen regressiven Zuständen und heilsamer vegetativer Entspannung, aber auch zu Traumsymbolen, die sich dem Imaginierenden und auch seinem Therapeuten nur schwer erschlossen, schwer in Worte zu fassen waren, oft einhergehend mit einer eigenartig numinosen Atmosphäre. Es kam zu Erlebnissen des Einsseins mit der Natur, der Verschmelzung mit Erde oder Wasser, der Leichtigkeit und der Überhöhung – die Patienten berührten ihre spirituelle Dimension. Die Therapeuten fühlten sich in der Rolle des Zauberlehrlings, grenzten oft ein, wo Ermutigung sinnvoll gewesen wäre, kurz – man betrat terra incognita. Diese Dimension kam in der Institutsausbildung nicht vor, Spiritualität oder gar Religiosität bedeuteten Ideologiebildung und das war eine Kontraindikation für die psychodynamische Therapie. In der Dynamik der Klinikentwicklung erfolgte das Betreten der terra incognita behutsam, aber konsequent für jene unter den Therapeuten, die diesen Prozess der Erweiterung ihres therapeutischen Horizontes als stimmig erlebten. Nicht jeder Therapeut konnte oder wollte sich für diese Dimension öffnen; dies blieb immer eine sehr persönliche Entscheidung. Es galt die Regel: Folge deinem Patienten, wenn er im Tagtraum diesen Weg beschreitet, achte darauf, dass er sich nicht überfordert, bleib in gebührendem Abstand, ohne dass er sich verlassen fühlt, und: Weise ihm nicht einen Weg, den er nur selbst finden wird.

Das vorliegende Buch knüpft hier an, es steckt einen weiten Rahmen ab, bietet dennoch Orientierung. Die Kasuistiken berichten aus dem Setting der KIP, viele Überlegungen und Schlussfolgerungen gelten auch für andere Therapieverfahren. In den katathymen Imaginationen wird die spirituelle Dimension menschlichen Erlebens besonders eindrucksvoll sichtbar und emotional erfahrbar. Die Therapeutin folgt der Dynamik und imaginativen Ausgestaltung ihrer Patientinnen, wird ebenso von Emotionen berührt, ist der Patientin nah und zugleich bei sich. Wird die spirituelle Dimension – fühlbar für beide – berührt, verändert sich das Übertragungsgeschehen, es kommt etwas hinzu, was zumeist schwer in Worte zu fassen ist oder auch durch Worte gestört werden kann.

Ich wünsche diesem engagierten und zugleich kenntnisreichen Buch eine gute Akzeptanz. Es ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben. Die Autorin bezieht Stellung und begründet sie fundiert. Ihre Patientinnen entdeckten in Notsituationen ihre Spiritualität als Ressource. Andere Patienten bringen zunehmend ihre religiösen Prägungen mit in unsere Praxen, als Last oder als stabilen Glauben, manchmal in beiderlei Gestalt. Viele Patienten kommen hingegen primär mit der Vorstellung, solcherlei Fragen würden beim Therapeuten keine Antwort finden, sie lassen sie – bildlich gesprochen – in der Manteltasche an der Garderobe.

Das Buch ist geeignet, sie eines Besseren zu belehren. Es ist zudem ein erster Versuch eines Plädoyers für eine vierte – das heißt spirituelle – Dimension in der KIP.

Dr. Eberhard Wilke

1 Einleitung – Worum es geht

Seit fast drei Jahrzehnten arbeite ich mit Patientinnen¹, die in ihrer frühen Kindheit komplexen Traumatisierungen ausgesetzt waren: Fast alle wurden von ihren Eltern nicht liebevoll angenommen, sondern vernachlässigt, misshandelt und missbraucht. Viele sind in der Folge bindungstraumatisiert und in ihrem Alltag und ihrer Beziehungs- und Liebesfähigkeit schwer beeinträchtigt. Nicht immer ist das für die Außenwelt auf den ersten Blick offensichtlich; manche dieser Patientinnen sind beruflich erfolgreich und oft kreativ sehr begabt. Erst im Umgang mit anderen Menschen zeigt sich die Problematik dieser Patientinnen, denn sie wissen vielfach nicht, wer sie sind oder sein sollen; sie fühlen sich im tiefsten Innern beschmutzt, unheilbar, ja tödlich verletzt, zersplittert und zerstört, ohne Wert und Lebenssinn. Diese Patientinnen leiden in weitestem Sinne an einem »Liebesunwert« (Wurmser, 1998), an Scham und Schuld. Sie fühlen keine Existenzberechtigung und haben Mühe, ein lebenswertes Leben zu führen. Ihr Lebenswille ist geschwächt, wenn nicht gebrochen – ihr Lebensfaden brennt!

1.1 Grenzen der Psychotherapie und grenzüberschreitende Erfahrungen

Wenn wir in der Psychotherapie mit Imaginationen arbeiten, können wir mit erstaunlichen Heilungserfolgen rechnen. Manchmal stoßen wir jedoch an Grenzen unserer therapeutischen Fähigkeiten

1 Die Fallgeschichten in diesem Buch handeln von weiblichen Personen; ich wähle daher in der Regel die weibliche Schriftform. Bei allgemeinen Aussagen oder einer Bezugnahme auf Literatur wähle ich die Geschlechterform, die mir in dem Zusammenhang passend erscheint.

und nicht selten führt der Leidensweg einer früh- und komplex-traumatisierten Patientin von einer Therapie zur nächsten. Der Heilung schwerer neurotischer oder struktureller Störungen sind Grenzen gesetzt. In fast ausweglos erscheinenden Therapiesituationen geschah vor einigen Jahren erstmals etwas, worauf weder meine Patientinnen noch ich vorbereitet waren: Sie entdeckten in sich auf sehr unterschiedliche Weise eine Sehnsucht nach dem Heiligem, nach einer überpersönlichen Qualität oder Dimension. Sie machten (oftmals im Rahmen einer Imagination) spirituell-religiös anmutende Erfahrungen, die uns überraschten, weil die Patientinnen sich weder als christlich-religiös Praktizierende noch esoterisch-spirituell Suchende bezeichneten. Gerade diese Erfahrungen aber verhalfen der jeweiligen Patientin zum Gefühl, geliebt zu sein und erstmals wirklich leben zu können; sie beeinflussten den Heilungsprozess und wurden zur Ressource und zum entscheidenden Heilungsfaktor in der Psychotherapie.

Es scheint, dass die eine Grenze – die der begrenzten Heilbarkeit von Persönlichkeitsstörungen durch die heute anerkannten wissenschaftlichen Techniken und Methoden bzw. unsere persönliche Begrenzung als Therapeutin – eine Grenzüberschreitung zu etwas herausfordert, was früher gar nicht getrennt war: zum ganzheitlichen Glauben an die Wirksamkeit ärztlicher und therapeutisch-seelsorglich-priesterlicher Heilkunst.

Theologie/Religion und Psychologie/Psychotherapie hatten von je her ein kompliziertes und wechselvolles Verhältnis (Utsch, 2005; Raack, 2017). Ist uns durch die Entwicklung in der säkularisierten Postmoderne ein »bewusstes religiöses Erleben, das auf Erhabenes und Heiliges gerichtet ist«, abhandengekommen, »oder fehlen Menschen heute dafür gar die persönlichen Voraussetzungen« (Ruff, 2002, S. 8)? Hat sich unsere Einstellung von einer Leerstelle (religious gap) in den letzten Jahren nicht aber zu einer heiß diskutierten Thematik gewandelt, der Wiederkehr der Religionen – wenn auch weniger mit religiöser als eher mit spiritueller Gesinnung (spiritual turn)? Können sich seelisch-geistige, spirituelle Sehnsüchte und/oder gelebter Glaube zum Wohl und Heil eines Menschen mit der Psychotherapie verbinden? Oder wird doch noch immer vieles aus dem religiösen Bereich in pathologische Kategorien subsumiert? Wollen wir

Psychotherapeutinnen die Begrenztheit unserer Technik und Methode aufgrund unseres wissenschaftlich geprägten psychologischen Menschenbildes, das Geistiges und Transzendentes per definitionem ausschließt, anerkennen und annehmen? Können und wollen wir aber überhaupt zuständig sein für diesen anderen Lebensbereich unserer Patientinnen und fühlen wir uns dazu befähigt? Oder geraten wir in größte Besorgnis, durch den Einbezug einer spirituell-religiösen Dimension in die professionelle Krankenbehandlung bei den Psychotherapeutenkammern und Gesundheitsbehörden die Anerkennung unserer Arbeit zu gefährden? Das sind die Fragen, die ich in diesem Buch stelle.

1.2 Absicht und Aufbau des Buches

Mein Buch ist primär ein psychotherapeutischer Erfahrungsbericht; eine praxisorientierte Anschauung, die therapeutisch Tätige zu einem offenen Austausch ermutigen und anregen will. Psychisch Leidende und existentiell Betroffene können sich darin wiedererkennen und Hoffnung auf Heilung schöpfen. Nichtbetroffene und nicht-professionelle Interessierte erhalten einen Einblick in eine psychotherapeutische Praxis, die Spiritualität und Glaube als Ressource für Heilung und Leben mitbedenkt.

Ich stelle den Fallgeschichten drei für mein Berufsverständnis bedeutsame theoretische Kapitel voraus, die ich in einen engen Zusammenhang mit der aktuellen Diskussion über die Rolle von Spiritualität/Religiosität in der Psychotherapie bringen möchte. Jede Fallgeschichte wird zudem von einem theoretischen Exkurs begleitet, der das therapeutische Geschehen nicht nur individuell, sondern auch allgemeingültig betrachten will. Meine hypothetischen Schlussfolgerungen wollen aufzeigen, dass eine existentielle Wiedergutmachung nach frühen und komplexen Traumatisierungen möglich ist. Hier eine kurze Übersicht:

→ *Wesen und Wirkung der psychotherapeutischen Beziehung – Kapitel 2*

Dass Psychotherapie wirkt, darüber ist man sich in der Fachwelt einig. Was aber wirkt wie und welche Methode ist die wirksamste?

Die große Psychotherapie-debatte ist schon seit einiger Zeit losgetreten – und doch gibt es keine endgültigen Aussagen. Unklarheit herrscht insbesondere über den »unspezifischen Wirkfaktor: psychotherapeutische Beziehung« und seinen Anteil am Heilungsgeschehen. Eine Schweizer Praxisstudie kommt zum Schluss: Je stärker und komplexer das Leiden eines Patienten ist, desto wichtiger scheint die Person des Therapeuten (von Wyl, Tschuschke, Cramer, Koemeda-Lutz u. Schulthess, 2016). Passung, Kompetenz, Flexibilität und Empathie der Behandlerin sind in der therapeutischen Beziehung gemäß den Resultaten dieser Studie der Schlüssel zur wirksamen psychotherapeutischen Behandlung, die Hoffnung bewirken kann.

Hoffnung ist auch das zentrale Wort in der Psychotherapie Gaetano Benedettis (1980; 1992), die er als »existenzielle Herausforderung« beschreibt. Durch das Einfühlungsvermögen stehe der Therapeut direkt in Beziehung; er sei menschlich (nicht nur fachlich und sachlich) in Anspruch genommen. Benedetti spricht vom Verborgenen und von Transzendenz; von der Liebe des Therapeuten zu seinem Patienten; vom Glauben an den unzerstörbaren Kern im Patienten und seine Lebensmöglichkeiten, seine Dennoch-Hoffnung. Benedetti hat mir für zwei Erkenntnisse die Augen geöffnet: die Bedeutung der Liebe im therapeutischen Prozess und die persönliche Rückbindung des Therapeuten im Glauben.

→ *Plädoyer für eine »Spirituell integrative Psychotherapie« – Kapitel 3*
Von den USA herkommend wird für einen kultursensiblen Umgang mit spirituell-religiösen Anliegen und Bedürfnissen der Patienten in der Psychotherapie plädiert und durch Praxisrichtlinien (APA Division 36) für die USA und durch Richtlinien und Empfehlungen der Fachverbände und Berufskammern für die deutschsprachigen Länder ansatzweise geregelt.

Seit 2012 wird diese Debatte auch im deutschen Psychotherapeutenjournal (PTJ) geführt. Die »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde« (DGPPN) errichtete 2013 das »Referat Religiosität und Spiritualität« und erarbeitete 2016 ein eigenes Positionspapier (Utsch et al., 2017a).

Der Mangel an Ausbildung ist offensichtlich (Freund u. Gross, 2016) und wird beklagt. Kenneth Ira Pargament (2007) hat für den englischsprachigen Raum eine Art Lehrbuch verfasst, das aber auch eine Hilfe für deutschsprachige Therapeuten sein könnte.

→ *Spirituell-religiöse Erfahrungen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie – Kapitel 4*

Die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) nach Hanscarl Leuner (1985/2008) ist eine tiefenpsychologisch fundierte Methode, die sich für unterschiedlichste Störungsbilder als geeignet erweist. Ich stelle sie in einigen, für das Buch relevanten Grundzügen dar. Aber auch ihre Wirksamkeit ist bei früh- und komplex-traumatisierten Patienten begrenzt. Diese therapeutische Grenze ließ sich erst durch das Erkennen und Einbeziehen einer spirituell-religiösen Dimension überschreiten. Leuner wusste um die Heilkraft imaginierter religiös-spiritueller Erfahrungen. Auch einige seiner Schülerinnen und Schüler haben sich mit diesen Phänomenen befasst und Anregungen gegeben, u. a. wie der geistig-spiritueller Aspekt in eine Traumatherapie einbezogen werden kann (Krippner, 2001).

→ *Die Fallgeschichten und theoretischen Exkurse – Kapitel 5*

Beachten wir die spirituell-religiösen Sehnsüchte unserer Patientinnen oder nicht? Und wie gehen wir therapeutisch damit um? In diesem Spannungsfeld bewegen sich die fünf Fallgeschichten, die das Zentrum des Buches bilden. Sie handeln von Patientinnen, die im wahrsten Sinne des Wortes nicht leben konnten, bei denen auch die Psychotherapie lange Zeit nichts Grundlegendes an diesem Elendsgefühl zu verändern schien. In ihrer existentiellen Not öffneten sie sich dann aber für eine die wissenschaftliche Psychologie übersteigende Dimension, die man als transzendente Wirklichkeit bezeichnen kann, von der sie sich mehr und mehr gehalten und getragen fühlten, durch die sie vergebungsbereit wurden und das Leben zunehmend als Geschenk betrachten konnten.

Die Not und die Anliegen meiner Patientinnen berührten mich und forderten mich heraus; ihre spirituell-religiösen Erfahrungen erstaunten und faszinierten mich. Sie beschäftigen mich und be-

einflussen meine Arbeit bis heute. Es ist meine Angewohnheit, während der Therapiesitzung Notizen zu machen. Die Mitschrift einer Imagination hilft mir zudem, mich besser auf den entspannten und dadurch verlangsamten Redefluss der Patientin einzustellen. Es war mir wichtig, wenn immer möglich die wörtliche Rede der Patientin wiederzugeben, ihren Stil abzubilden und ihre Befindlichkeit unverfälscht zur Sprache kommen zu lassen. Neben dem therapeutischen Gespräch, den katathymen Imaginationen und deren Nachbearbeitung durch bildliches Gestalten habe ich auch mit Symbolbildkarten (Wollschläger u. Wollschläger, 1998) gearbeitet und Tonerde für Gestaltungen (Straub, 2018; Deuser, 2018) zur Verfügung gestellt.

Wie bereits erwähnt, waren meine Patientinnen weder christlich sozialisiert noch spirituell-religiös oder esoterisch Suchende oder Praktizierende. Für sie war das Aufkommen einer Sehnsucht nach dem Heiligen ein Notschrei aus tiefster Seele, sozusagen Ausdruck einer letzten Hoffnung auf Rettung und daher eine Ressource für den Heilungsweg der Therapie und ihr Leben. Bei der Darstellung der mehrjährigen Therapieverläufe beschränke ich mich bewusst auf die relevanten Momente und den Kontext, in denen sich die jeweilige Patientin in besonderem Maße der spirituellen Sehnsucht und Anbindung vergewisserte. Das geschah auf sehr unterschiedliche Weise: durch einen nächtlichen Traum, durch ein Erlebnis in der Natur oder im sakralen Raum, im Rahmen der Arbeit mit dem Material Ton oder den Symbolbildkarten, zumeist aber in einer katathymen Imagination.

Jede Fallgeschichte ist für eine leichte Lesbarkeit relativ theoriefrei und weitgehend aus der Perspektive der Patientin geschrieben und wird durch einen theoretischen Exkurs ergänzt. Die Fallberichte handeln von Frauen zwischen 22 und 53 Jahren mit verschiedenen Störungsbildern bzw. Diagnosen: Dissoziative Identitätsstörung, paranoide Schizophrenie, Anorexia nervosa, Depression, emotional instabile bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Sinne einer Katamnese lasse ich eine auf ihre Therapie rückblickende Patientin zu Wort kommen. Alle Falldarstellungen sind anonymisiert; meine Patientinnen haben ihren Therapiebericht gelesen und sind mit der Veröffentlichung einverstanden.

→ *Existenzielle Wiedergutmachung – Kapitel 6*

Das Trauma ist in früher Kindheit geschehen – es kann nicht ungeschehen gemacht werden. Kann aber das Leiden daran aufgehoben werden? Wie geht das Leben weiter? Ich bezeichne dieses Ereignis der Heilung als »existenzielle Wiedergutmachung«, die immer auch ein posttraumatisches Wachstum mit einschließt.

Hypothesen, die ich mir vor einiger Zeit aufgestellt habe, um das therapeutische Geschehen besser zu verstehen, möchte ich als Schlussfolgerungen zur Diskussion stellen.

1.3 Dank

Es war ein zeitlich langer Weg und ein intensiver innerer Prozess: die jeweilige Therapie mit jeder meiner Patientinnen, das Verfassen der Therapieschichten, die ersten Überlegungen und Schreibversuche und nun die Fertigstellung des Manuskripts und Entstehung dieses Buches. Belastend waren vor allem die wiederkehrenden Gefühle, mich für das Therapiegeschehen rechtfertigen zu müssen, wenn ich etwa von einem Kollegen hörte: »In meinen Therapien passiert so etwas nicht!« Meinen ganz besonderen Dank möchte ich daher meiner KIP-Intervisionskollegin Susanne Grafbs-Sewing ausdrücken, die mich immer interessiert und wohlwollend begleitet hat.

Mein Dank geht auch an Dr. Ursula Wirtz. Ohne ihre supervisorische Unterstützung zum therapeutischen Umgang mit frühtraumatisierten Menschen bereits Ende der 1980er Jahre wäre ich in diese herausfordernde Arbeit vielleicht nicht hineingewachsen. Herzlich danke ich Professor Dr. Jürg Willi, der mich nach dem Lesen einer Fallgeschichte spontan als Referentin zu seinem Kongress über die Liebe eingeladen hat. Das war für mich sozusagen ein Anfängerinnenglück. Über die Zeit hinweg fühlte und fühle ich mich unterstützt in meinen Anliegen von Professor Dr. Michael Utsch, der mir in entscheidenden Momenten Mut gemacht hat. Kraft und Durchhaltevermögen verdanke ich auch Alex Tobler, meinem Physiotherapeuten, der mir mit seiner Kunst die nötige Rückenstärkung gab. Der Redaktionsleiterin des Magazins für Psychotherapie und Seelsorge, Dr. Hanna Schott, danke ich für ihre interessierte Entgegennahme meiner Beiträge für das Magazin P&S,

in denen ich erste Gedanken zu den Themen dieses Buches entwickelte.

Mein Dank gilt ganz besonders Dr. Eberhard Wilke für seine spontane Bereitschaft zu einem Vorwort für dieses Buch. Er ist einer der frühesten Mitarbeiter Hanscarl Leuners und vielfacher Buchautor und -herausgeber der KIP-Literatur. Seit einigen Jahren bietet er bei den Lübecker Psychotherapietagen unter dem Titel »Psychotherapie und Religion – eine schwierige Beziehung?« Seminare an. Ich schätze mich glücklich, in ihm einen KIP-Dozenten für das Vorwort gefunden zu haben, der meine Erfahrungen und mein Anliegen verstehen kann.

Dem Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, insbesondere Günter Presting und Ulrike Rastin, danke ich für ihre freundliche und unterstützende Zuverlässigkeit in der Kommunikation und ihr risikofreudiges Vertrauen in das entstehende Werk. Dem Kunstmaler Dr. Max Rüedi danke ich, dass er das mir so liebe symbolträchtige Bild für das Buchcover freigegeben hat.

Mein größter Dank geht aber natürlich an meine Patientinnen, die mir immer wieder ihr großes Vertrauen geschenkt haben. Ihr Leiden hat mich tief bewegt; gemeinsam sind wir den Weg der Hoffnung gegangen. Es erfüllt mich mit Dankbarkeit, dass uns in manch ausweglos erscheinenden Situationen und stagnierenden Therapiemomenten die Offenheit für eine uns übersteigende Sinn- und Seinsdimension zu Hilfe kam und meine »Ehemaligen« in ein sinnerfülltes und lebenswertes Leben finden konnten.

2 Wesen und Wirkung der psychotherapeutischen Beziehung

Sind Sie ein Dodoist? Wenn ja, dann werden Sie sich, lieber Leser, liebe Kollegin, nicht so sehr für Psychotherapieforschung interessieren. Dann sind Sie vermutlich der Meinung, dass alle Psychotherapiemethoden gleichermaßen wirksam sind; dann gehören Sie zu den Anhängern des »Dodo-Bird-Verdikts« – und stellen sich keine weiteren Fragen. Oder sind Sie ein Anti-Dodoist? Dann werden Sie davon überzeugt sein, dass nur Ihre Therapiemethode zum Erfolg führt. Beide Standpunkte sind überholt, das haben die Forschungen gezeigt, welche die unspezifischen, allgemeinen Wirkfaktoren – und dazu gehört vor allem auch die psychotherapeutische Beziehung – in den Blick genommen und dafür ein kontextuelles Forschungsmodell entwickelt haben.

2.1 Wirkt Psychotherapie? Zur großen Psychotherapiedebatte

Aber nochmals zurück zu Dodo, dem klugen Vogel aus »Alice im Wunderland« (Lewis Carroll, 1973), den Sie vielleicht gar nicht kennen. Nach einem ungewöhnlichen Wettlauf fragen die Teilnehmer den Dodo, wer denn nun gewonnen habe. Nach langem Nachdenken befindet der Vogel: »Everyone has won and all must have prizes.« Auf diese Szene bezieht sich der Psychotherapieforscher Lester Luborsky (Luborsky u. Singer, 1975) in seiner viel zitierten Übersichtsarbeit über hunderte vergleichender Therapiestudien und schlussfolgert: 1. Psychotherapie ist generell wirksam; und 2. lassen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulen oder Typen von Psychotherapie finden. Der ersten Aussage wurde nicht widersprochen; der zweiten schon: Das sogenannte »Dodo-Bird-Verdikt« hat zu intensiver Forschungstätigkeit angeregt. Ein

Schulenstreit begann um den Anspruch, gewisse Therapieformen seien nachweislich effektiver als andere. Dabei geht es um nichts weniger als um die Anerkennung durch das Gesundheitswesen und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Dieser Absolutheitsanspruch konnte jedoch nicht eingelöst werden, da sich gewisse unspezifische Wirkfaktoren im medizinischen Forschungsmodell als nicht kontrollierbar erwiesen haben. Hier eine kurze Darstellung der großen Psychotherapie-debatte.

2.1.1 »Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession«

Unter diesem Titel analysierten Klaus Grawe und sein Team in der sogenannten Berner Metaanalyse nach streng wissenschaftlichen Kriterien alle bis 1983/1984 verfügbaren kontrollierten Therapiestudien (insgesamt 897) auf ihre Wirksamkeit (Grawe, Donati u. Bernauer, 1994). Grawe antwortete damit auf die Dodo-Bird-Hypothese und beanspruchte die Überlegenheit der Verhaltenstherapie und ihrer kognitiven Varianten gegenüber anderen psychotherapeutischen Schulen; zudem bestritt er den Nutzen von Langzeittherapien (> 80 Therapiestunden). Diese Aussagen wurden vielfach kritisiert und widerlegt: Die methodischen Fehler in der Studie von Grawe et al. seien derart gravierend, dass ihre zentralen Behauptungen nicht als faktengestützt gelten können (vgl. Fäh u. Fischer, 1998, S. 94 ff.; Csontos, 2000, S. 1530). »Es darf guten Gewissens gesagt werden, dass ein wesentlicher Teil von Grawes Behauptungen nicht nur die Datenlage falsch oder verzerrt wiedergibt, sondern mit den Daten in gar keinem Zusammenhang steht« (Csontos, 2000, S. 1528).

Grawe et al. haben eine heftige Debatte in der Psychotherapie-Community ausgelöst (Grawe-Effekt) und zu neuer Forschungsaktivität angeregt. Was wirkt wie in der Psychotherapie? Die Wirkungsweisen spezifischer therapeutischer Methoden müssen erkannt, vor allem aber müssen die unspezifischen Wirkfaktoren, zu denen vorrangig die therapeutische Beziehung gehört, begrifflich besser erfasst werden.

2.1.2 Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren – oder alles Placebo?

»Es gibt Faktoren, die zu positiven Effekten in der Psychotherapie führen. Zu diesen Effekten gehören beispielsweise die Überzeugtheit des Therapeuten ob seiner Methode und der Art, wie er seine Methode anwendet. Die Methode selbst hat nur eine geringe Auswirkung auf das Gelingen einer Psychotherapie. Weitere Effekte sind die Erwartungen, die eigene Motivation und das soziale Umfeld des Klienten. Im Vordergrund steht aber die therapeutische Beziehung zwischen Klient und Therapeut« (Reiband, 2010). Die Autorin gibt in ihrer Diplomarbeit einen guten Überblick über die aktuelle Forschung von Kirsch (1999) und Wampold (2001). Ich beziehe mich für die Erläuterung einiger Begriffe auch auf die deutsche Ausgabe von Wampold, Imel und Flückiger (2018).

- *Spezifische Therapie- und Wirkfaktoren* sind die einzigartigen Bestandteile einer jeden Therapierichtung, zum Beispiel die zu erlernenden Techniken und Methoden, gewissermaßen die Handlungsanleitungen dazu, wie – oftmals störungsspezifisch – Veränderung bewirkt und der Nutzen der Therapiemethode bestätigt werden soll. Das können Fragetechniken oder Lernübungen, Skill-Training, Hausaufgaben und Verträge sein, der Einsatz von Imaginationen oder Visualisierungen oder der Fokus auf unbewusste Determinanten, Abwehrmechanismen, Übertragung und Deutung (Wampold et al., 2018, S. 71). Diese Faktoren sind im medizinischen Metamodell von Bedeutung und werden als Manualtreue (*Adhärenz*) des Therapeuten bezeichnet. Die Forschung hat gezeigt, dass diese Faktoren aber nur einen unerheblichen Anteil an der Wirksamkeit der jeweiligen Therapiemethode haben.
- *Unspezifische, d. h. allgemeine oder generelle Wirkfaktoren* gelten über alle Formen von Psychotherapie hinweg. Dazu gehören die therapeutische, echte Beziehung, insbesondere die *Allianz* (das Herstellenkönnen eines vertrauensvollen, emotional getragenen Arbeitsbündnisses) (S. 231 f.) und die *Allegiance* (Überzeugtheit) des Therapeuten von der von ihm angewandten Methode (S. 251 f.). Nicht eine bestimmte Behandlung also führt systematisch zu einem besseren Therapieergebnis; es ist die Allegiance

des Therapeuten gegenüber seiner Behandlung, die einen Unterschied macht. Diese methodenübergreifenden Einflüsse werden im kontextuellen Metamodell untersucht.

- Ein gutes Arbeitsbündnis und die Überzeugtheit des Therapeuten können im Patienten *positive Erwartungen* in Bezug auf die Heilung im Sinne von Hoffnung bewirken – die als weitere allgemeine Wirkfaktoren gelten. »Die Restauration der Hoffnung ist der kurative Faktor in der Psychotherapie« (Kirsch, 1999, S. 368, zit. in Reiband, 2010, S. 102).
- *Placebo* – ein unerkannter, aber anerkannter Wirkfaktor. »Wie muss eine therapeutische Beziehung sein, damit sie ihre ganze Wirkkraft entfalten kann?«, fragt Nadine Reiband am Schluss ihrer Diplomarbeit, die sie dem »unbekannten Dritten«, dem Placeboeffekt gewidmet hat (Reiband, 2010, S. 105). Wie können »die dem Menschen innewohnenden Heilfaktoren, die Selbstheilungskräfte, geweckt werden« und wie verändern die Erwartungen des Patienten seine Erfahrung (Kirsch, 1999)? Wie beeinflussen die Worte des Arztes das Gehirn des Patienten? Der Turiner Neurowissenschaftler Fabrizio Benedetti hat sich der Placeboforschung verschrieben (Benedetti, 2009/2014). Für ihn ist der Placeboeffekt ein Kontexteffekt. Nicht das Placebo eines Medikaments wirke, sondern der Kontext, in dem es gegeben werde. Das gilt in besonderem Maße für die Psychotherapie, können wir annehmen.

2.1.3 Also noch einmal: Was wirkt wie in der Psychotherapie?

Keine Metaanalyse wissenschaftlicher Forschungsarbeiten, sondern eine Praxisstudie zur ambulanten Psychotherapie in der Schweiz gibt weiteren Aufschluss zur Frage »Was wirkt in der Psychotherapie?« (von Wyl et al., 2016). Diese Studie ist ein Forschungsprojekt der »Schweizer Charta für Psychotherapie« in Kooperation mit dem Klinikum der Universität zu Köln und der Hochschule für Angewandte Psychologie Zürich. Sie wurde in den Jahren von 2005 bis 2012 durchgeführt und bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden, und ist damit auch eine Antwort auf Grawe et al. (1994). Die Studie untersucht 81 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit

neun unterschiedlichen Behandlungsmethoden, die in der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz angewandt werden; von über 362 Patientinnen und Patienten wurden Daten gesammelt.² Psychotherapie ist gemäß dieser Studie vor allem ein hochkomplexer zwischenmenschlicher Prozess, in dem einzelne schulenspezifische Behandlungskonzepte in geringerem Maße angewendet werden, als bisher angenommen wurde. Die Ergebnisse überraschen nicht:

- Die Wirksamkeit von humanistischen, tiefenpsychologischen oder systemisch orientierten Behandlungen liegt im gleichen Bereich wie die von kognitiv-behavioralen.
- Unterschiedliche Techniken führen zu einer vergleichbaren Effektivität.
- Schulenübergreifende, nichtspezifische Interventionen (Supportivität, Zuhören, klärendes Nachfragen, Informationsvermittlung und Beratung) machen etwa zwei Drittel aller Interventionen aus, d. h., mit zunehmender beruflicher Erfahrung werden seltener die ihrer Schule entsprechenden methodenspezifischen Interventionen (Konzepttreue) eingesetzt.
- Die Behandelnden entwickelten ihren eigenen therapeutischen Stil, welcher mehr oder weniger konfrontativ, unterstützend, emotions-, einsichts- oder lösungsorientiert war.
- Professionelle Psychotherapie ist die Integration professionell erworbener Grundausbildung in zumindest einem Verfahren mit klinischen Erfahrungen aus alltäglicher Praxis mit unterschiedlichsten Problemen und Persönlichkeiten der Patientinnen.
- Betont wird die Notwendigkeit einer »Passung« zwischen der Persönlichkeit von Therapeutin und Patientin, »die eine Professionalität von TherapeutInnen erfordert, die Sprache und Technik zu finden, mit der sie den Patienten bzw. die Patientin erreichen und ihm/ihr helfen kann« (von Wyl et al., 2016, S. 83; S. 111–120). Der Begriff »Passung« steht neu für die älteren Bezeichnungen therapeutische Arbeitsbeziehung bzw. Arbeitsbündnis oder Allianz.

2 Forschungsdesign auf www.psychotherapieforschung.ch. Eine ausführliche Rezension zu dem Buch »Was wirkt in der Psychotherapie?« findet sich bei www.amazon.de, verfasst von Theodor Itten; siehe auch Heekerens, 2016.

- Je stärker und komplexer das Leiden eines Patienten ist, desto wichtiger scheint die Person des Therapeuten. Passung und die Kompetenz der Behandlerin sind in der therapeutischen Beziehung gemäß den Resultaten dieser Studie der Schlüssel zur wirksamen psychotherapeutischen Behandlung.
- Zu einer guten Passung gehören auch das Herstellenkönnen von Hoffnung, Vertrauen, Optimismus, Glauben, Wir-Gefühl, Bindung, Motivation, Verstandenwerden – umso mehr, je belasteter bzw. je chronisch gestörter die Patientinnen zu Behandlungsbeginn waren.
- Diese Passung erreichten die kompetenten Psychotherapeutinnen in dieser Studie durch die Modifikation ihres erlernten Behandlungskonzeptes und eine flexible Einstellung auf ihre Patientinnen: Sie arbeiteten an der Verbesserung und Stabilisierung der therapeutischen Allianz, indem sie sich empathisch auf die Möglichkeiten der Patientin einstellten, die Behandlung durch Anleitungen stärker strukturierten oder auch länger als geplant durchführten.
- Betont wird auch in dieser Studie ein unspezifischer Wirkfaktor, das sogenannte Placebophänomen, das »allen Heilungsmaßnahmen in der Medizin und angrenzenden Gebieten gemeinsam ist: das menschliche Grundbedürfnis nach Hoffnung« (von Wyl et al., 2016, S. 113).

Aus der Praxis geben auch andere Psychotherapeuten Auskunft darüber, was ihrer Meinung nach das Wirksame einer Therapie sein kann. Peter Hain (2001) hat bekannte Psychotherapeuten interviewt und ihre Aussagen zusammengestellt: Empathie und Einfühlungsvermögen, therapeutische Intensivität, transparente Veränderungsabsicht und -erwartung, Humor, Glaubwürdigkeit, aktive Führungsarbeit und strukturierte Manipulation (Hain, 2001, S. 209; vgl. Reiband, 2010, S. 88 f.). Seine Schlussfolgerung ist ernüchternd und erheiternd zugleich: Es gibt viele Vorbilder, aber kein Rezept (Hain, 2001, S. 168). Was ist dann also das Geheimnis erfolgreicher Psychotherapeuten?

2.1.4 Das »Mehr« des Glaubens

Die Frage, die ich in diesem Buch stelle, ist die nach der Bedeutung und Wirksamkeit spirituuell-religiöser Erfahrungen im psychotherapeutischen Prozess, d. h. auch nach einer spirituellen Offenheit bzw. dem persönlichen Glauben der Psychotherapeutin – nicht nur im Sinne der Überzeugtheit von ihrer therapeutischen Methode. Dieser unspezifische, aber wesentliche Wirkfaktor – vielleicht das eigentliche Placebo – wird in der Psychotherapiedebatte nicht beachtet und nicht erfasst; auch nicht im kontextuellen Metamodell von Wampold et al. (2018). Das mag überraschen, kommt doch die Untersuchung aus den USA, wo der Anteil gläubiger Christen um einiges höher liegt als im westlichen Europa und der Einfluss des Glaubens des Menschen sowohl für Krankheit wie auch für Gesundheit seit längerem diskutiert wird. Im Sachwortverzeichnis findet sich immerhin das Stichwort »Spiritualität« und verweist im geschichtlichen Kontext der Entstehung der Psychotherapie auf religiöse Ursprünge in den USA. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich eine »metaphysische« Therapie, die sich »auf ›geistige‹, im Sinne religiöser und/oder spiritueller, Grundprinzipien stützte« (S. 40), wie etwa die *Christian-Science-Bewegung* und die *New Thought Movement*. »Bereits 1894 forderte William James, einer der Gründerväter der Psychologie, öffentlich und mit Nachdruck, die Praxis der geistigen Heilung aufzunehmen« (S. 41). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde in Zusammenarbeit mit Psychologen, Neurologen, Psychiatern und christlichen Geistlichen die Emmanuel-Bewegung gegründet. Diese starken spirituellen Ursprünge in den USA wurden durch die Einverleibung der Psychotherapie als medizinische Behandlung vermindert. Erst die humanistischen Psychotherapien, »die sich existenziellen Seinsfragen zuwandten« und in der »Mitte des Jahrhunderts für kurze Zeit Popularität« genossen (S. 59), stellten diesen Faktor wieder ins Zentrum.

Wir kennen die weitere Entwicklung, in der sich die Psychotherapie der Medizin zum Zwecke der Erforschbarkeit annäherte. Es erfolgte eine »Verschiebung von den individuellen Erfahrungen des selbstbestimmten ›Klienten‹ hin zu einem Fokus auf die Pathologie des ›Patienten‹« (S. 59). Spezifische Therapieverfahren wurden für spezifische Störungen entwickelt. Die aktuellen Bemühungen

gehen – so können wir mit Wampold annehmen – erfreulicherweise dahin, die *Störungen* des Klienten wieder auf die *Person* des Klienten hin zu übersteigen. Ein weiterer wünschenswerter »Überstieg« dieser Forschungsbereiche wäre dann die Beachtung und der Einbezug auch des religiösen Glaubens einer Person (vgl. Kapitel 3).

Vorbilder gibt es viele, aber kein Rezept! Für ein Lernen am Modell möchte ich im Folgenden meinen Kolleginnen und Kollegen den italienischen Psychoanalytiker Gaetano Benedetti – als Vorbild aus der Praxis für die Praxis – ans Herz legen.

2.2 Gaetano Benedetti: Hoffnung, der Leitfaden des therapeutischen Geschehens

Während meines Psychologiestudiums in den 1980er Jahren gehörte zur Pflichtlektüre auch die »Klinische Psychotherapie« des Psychiaters und Psychoanalytikers Gaetano Benedetti (1920–2013). Kein anderer Autor hat mich in meiner psychotherapeutischen Haltung nachhaltiger beeindruckt; er eröffnet einen psychodynamischen Zugang zu schweren neurotischen und psychotischen Patienten. Seine von Hoffnung getragene psychotherapeutische Haltung, sein Umgang mit und seine Deutung von nächtlichen Träumen, therapeutischen Imaginationen und Bild- oder Tongestaltungen des Patienten waren maßgebliche Anregungen für mein Tun (vgl. Exkurs »Der Weg der Hoffnung« zu Kapitel 5.2; Cöppicus Lichtsteiner, 2013b).

In weiteren Schriften Benedettis entdeckte ich immer klarer seinen persönlichen Bezug zur Transzendenz. Aber erst seine Autobiografie bzw. Selbstdarstellung (Benedetti, 1994) gab mir Antwort auf meine Fragen: Wie ist er zu dem herausragenden Psychoanalytiker geworden? Aus welcher Quelle schöpft und nährt er seine therapeutische Überzeugung und hoffende Kraft, um sich mit seinen Patienten derart existentiell einlassen zu können? Woher kommt seine Überzeugung? Was trägt ihn durch? Mein Buch fragt nach einem möglichen therapeutischen Wirkfaktor »Spiritualität«, also auch nach der spirituellen Beziehungsfähigkeit der Therapeutin, des Therapeuten. Exemplarisch dafür steht das Konzept von Gaetano Benedetti – er verbindet die psychoanalytischen Ansätze mit der

Phänomenologie und bildgestaltenden Methoden und betrachtet die Therapie als existentielle Begegnung und Herausforderung.³

2.2.1 Leidensvergangenheit und Hoffnungszukunft

Benedettis »Klinische Psychotherapie« (1980) – eigentlich eine Einführung in die Psychotherapie der Psychosen – entwirft mehr noch und ganz grundsätzlich ein »tieferes Bild vom Wesen psychischen Krankseins« (Benedetti, 1980, S. 11) und gibt auch denjenigen, die mit schweren neurotischen oder strukturellen Leiden wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen arbeiten, eine neue Perspektive und therapeutische Orientierung. Dem kranken Mitmenschen sei mit großem Respekt, echter Zuwendung und tiefem Einfühlungsvermögen zu begegnen. Der Therapeut sei menschlich (nicht nur fachlich und sachlich) in Anspruch genommen. Sich identifizierend wendet er »seine Aufmerksamkeit nicht nur dem zu, was am Kranken ist, sondern auch dem, was an ihm werden möchte« (S. 15), seinen Werdensmöglichkeiten. Wenn aber »das Symptom in seiner sichtbaren Struktur keine solche Werdensaussicht enthält, wenn ein Traum etwa nur von Tod und Niedergang berichtet, dann – so Benedetti – beginnt die psychotherapeutische Phantasie das Symptom, den Traum in einen assoziativen Kontext zu bringen, wo dann Raum für die Hoffnung entsteht« (S. 17). Hier wird das Neue und Bahnbrechende in Benedettis Sicht von Psychopathologie und Heilung spürbar. »Der Psychotherapeut beantwortet manche Symptome, Einfälle, Stimmungen durch eigene Einfälle, Erinnerungen, Träume, die nicht bloß deuten, sondern die psychopathologische Situation neu konstellieren möchten« (S. 17).

2.2.2 Die verborgene Existenz der Wahrheit erkennen

Psychotherapie ist eine sich dem kranken Menschen zuwendende Kommunikation: Es geht um das »rechte Hören«, das »sinngemäße Fragen« und das »adäquate Antworten«; und um das Aufspüren und Hellhörigwerden für die »verborgene Tiefenseite des Leidens, für die Sinnstruktur« (S. 22) im Leben und Leiden des Patienten; um das Er-

3 Einen guten Einblick in Benedettis Entwicklung und seinen therapeutischen Werdegang gibt Alice Bernhard-Hegglin (2000, S. 87–152).