

Peter Müller Herta Wetzig-Würth

Psychotherapeutische Gespräche führen

Wege zu psychodynamischen Dialogen



Peter Müller / Herta Wetzig-Würth
**Psychotherapeutische Gespräche
führen**

Aus dem Programm Verlag Hans Huber
Klinische Praxis

HUBER



Weitere Bücher aus der Reihe **Klinische Praxis – eine Auswahl:**

Sven Barnow (Hrsg.)

Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung

Mit fünf Fallbeispielen

Etwa 450 Seiten (ISBN 978-3-456-84406-0)

Franz Caspar

Beziehungen und Probleme verstehen

Eine Einführung in die Praxis der psychotherapeutischen Plananalyse

Mit einem Vorwort von Marvin R. Goldfried

Etwa 224 Seiten (ISBN 978-3-456-84187-8)

Gaby Gschwend

Trauma-Psychotherapie

Ein Manual für die Praxis

133 Seiten (ISBN 978-3-456-84074-1)

Wolfgang Lutz / Joachim Kosfelder / Jutta Joormann (Hrsg.)

Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie

Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen

244 Seiten (ISBN 978-3-456-84176-2)

Thomas Maier / Ulrich Schnyder (Hrsg.)

Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoptionen

Ein praktisches Handbuch

Mit einem Vorwort von Norman Sartorius

283 Seiten (ISBN 978-3-456-84405-3)

Frederick Rotgers / Michael Maniaci (Hrsg.)

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung

Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer

Mit einer Einführung von Franz Petermann

274 Seiten (ISBN 978-3-456-84403-9)

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie
im Internet unter: www.verlag-hanshuber.com

Peter Müller
Herta Wetzig-Würth

Psychotherapeutische Gespräche führen

Wege zu psychodynamisch wirksamen Dialogen

Verlag Hans Huber

Adressen der Autoren:

Prof. Dr. med. Peter Müller

Nervenarzt und Psychoanalytiker
Professor für Psychiatrie und Psychotherapie
Hohe Linde 18
D-37075 Göttingen
E-Mail: prof.peter.mueller@gmx.de

Dr. med. Herta Wetzig-Würth

Internistin und Psychoanalytikerin
Anemonenweg 4
D-38108 Braunschweig
E-Mail: info@wetzig-wuerth.de

Lektorat: Monika Eginger
Herstellung: Daniel Berger
Satz und Layout: ns prestampa sagl, Castione
Umschlag: Atelier Mühlberg, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 45 00
Fax: 0041 (0)31 300 45 93

1. Auflage 2008
© 2008 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
ISBN 978-3-456-84497-8

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1. Hilfreiches aus Psychoanalyse und Tiefenpsychologie	11
Herta Wetzig-Würth	
1.1 Einführung	11
1.2 Fallbeispiele	12
1.3 Theoretischer Hintergrund	23
1.4 Leitlinien für das psychotherapeutische Gespräch	34
Weiterführende Literatur	36
2. Erstinterview und tiefenpsychologische Anamnese	37
Peter Müller	
2.1 Einführung	37
2.2 Fallbeispiele	38
2.3 Theoretischer Hintergrund	45
2.4 Leitlinien des diagnostischen Gesprächs	47
Weiterführende Literatur	54
3. Gesprächsführung mit psychosomatisch Kranken	55
Herta Wetzig-Würth	
3.1 Einführung	55
3.2 Fallbeispiele	56
3.3 Theoretischer Hintergrund	67
3.4 Leitlinien für das Gespräch mit psychosomatisch Kranken	73
Weiterführende Literatur	78
4. Psychosomatik im Praxis-Alltag: Zuhören, sprechen, verstehen	79
Boris Luban-Plozza	

5. Gesprächsführung bei sexuellen Störungen	91
Herta Wetzig-Würth	
5.1 Einführung	91
5.2 Fallbeispiele	92
5.3 Zur Theorie sexueller Störungen unter ihrem Beziehungs- aspekt	101
5.4 Leitlinien für das therapeutische Gespräch	107
Weiterführende Literatur	108
6. Das Gespräch mit dem suizidalen Patienten	109
Peter Müller	
6.1 Einführung	109
6.2 Fallbeispiele	110
6.3 Theoretischer Hintergrund bei Suizidalität	118
6.4 Leitlinien des therapeutischen Gesprächs	119
Weiterführende Literatur	124
7. Das Gespräch mit dem Borderline-Patienten	125
Peter Müller	
7.1 Einführung	125
7.2 Fallbeispiel	125
7.3 Theoretischer Hintergrund beim Borderline-Syndrom	128
7.4 Leitlinien des therapeutischen Gesprächs	130
Weiterführende Literatur	136
8. Das Gespräch mit dem alten Patienten	137
Peter Müller	
8.1 Einführung	137
8.2 Fallbeispiel	138
8.3 Theoretischer Hintergrund psychogener Konflikte im Alter	142
8.4 Leitlinien des therapeutischen Gesprächs mit alten Menschen ...	143
Weiterführende Literatur	148

Vorwort

Die Idee zu diesem Buch entstand in unserer praktischen Fort- und Weiterbildungsarbeit mit Psychologen und Ärzten. Es ist gedacht als ein Beitrag aus der Praxis für die Praxis.

In Kursen für die psychosomatische Grundversorgung und auch in Seminaren zur Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt gab es immer wieder die Frage: «Wie sollten Psychotherapeuten mit Patienten sprechen, wie führt man ein psychodynamisch wirksames Gespräch?»

Geläufig sind die Alltagssprache und der sprachliche Umgang in der Sprechstunde – des somatisch tätigen Arztes, des Psychiaters, des Psychologen. Dieses Instrumentes bedient man sich im allgemeinen spontan und wenig reflektierend. Vor dem Hintergrund von Beziehungsdiagnostik mit der Suche nach therapeutisch wirksamem Beziehungszugang gewinnt die Gesprächsführung jedoch eine therapeutisch verantwortlich zu handhabende Dimension.

Wie kann sich der (angehende) Psychotherapeut empathisch in den ihm vorerst fremden Patienten einfühlen?

Wie kann er gemeinsam mit dem Patienten einen verstehenden Zugang zu der neurotischen Problematik finden, die sich hinter vordergründigen aktuellen psychogenen oder psychosomatischen Symptomen verbirgt?

Wie können schließlich, mit den Mitteln des Gesprächs in der Psychotherapie, die anfangs unbewussten neurotischen Konflikte dem Patienten bewusst gemacht, ihre Dynamik vermindert und eine emotionale Neuerfahrung eingeleitet werden?

Dazu wollen wir eine Hilfestellung anbieten. Das Gespräch in der Psychotherapie ist anders als das übliche Sprechstundengespräch, es kann aber erlernt und geübt werden. Und es ist erlernbar, wenn Grundlinien beachtet, methodische Hilfen bedacht, und das Ziel des Gesprächs nicht aus dem Auge verloren wird.

Es geht uns nicht um die Vermittlung einer bestimmten Methode der Gesprächsführung, vielmehr möchten wir Leitlinien skizzieren und Hilfen mit Beispielen anbieten.

Anders als im somatischen Sprechstundengespräch geht es nicht um Faktenklärung in Frage und Antwort. Vielmehr gilt es für den Therapeuten, einen verstehenden Zugang zum Patienten zu finden und auf diesem Wege dem Patienten einen verstehenden Zugang zu sich selbst zu ermöglichen.

Zugang zur Person des Patienten meint Zugang auch zu dessen verborgenen Seiten. Als Instrument für diesen Vorgang dient dem Therapeuten seine Wahrnehmung.

Wahrnehmung und Erschließen verborgener Seiten setzen eine vertrauensvolle Beziehung voraus, behutsame Empathie zum einen und Verständnis für die Entwicklungsgeschichte zum andern.

Im weiteren Verlauf der Therapie müssen wir zusammen mit dem Patienten Fehl-Entwicklungen klären und Korrekturen einleitend auf den Weg bringen. Es geht also immer um Beziehungen zwischen Menschen, früher zwischen Patient und wichtigen Bezugspersonen der Primärfamilie, heute wiederholend verschoben auf die Personen der realen Umgebung, und in der speziellen Situation der Therapie um die Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

Dem Bewusstsein entzogene – aber in Beziehungen durchaus wirksame – Gefühle können in der therapeutischen Beziehung wahrgenommen, verstanden und in ihren Zusammenhängen geklärt werden.

Mit unserem Buch wollen wir Anregungen für das Gespräch in Diagnostik und Therapie geben und Zugangsmöglichkeiten zu konflikthaften Beziehungen, Gefühlen und Symptomen aufzeigen – und wir möchten deren therapeutische Korrektur erleichtern helfen.

Unser theoretischer Hintergrund dabei ist die aus der Psychoanalyse abgeleitete Tiefenpsychologie. Das Gespräch in anderen, mehr erlebnisorientierten Therapieformen ist anders. Wir gehen in unserem Buch praxisorientiert vor und stellen einige – wie wir meinen typische – Beispiele in den Vordergrund. Natürlich hätten die Gesprächssequenzen durch andere Personen auch anders geführt werden können, aber wir hoffen, dass die Art und Weise des psychotherapeutischen Gesprächs deutlich werden kann.

Theoretische Kenntnisse setzen wir voraus und erinnern daran nur knapp und fallbezogen. Eine Auswahl weiterführender Literatur wird jeweils am Kapitelende angefügt. Die Fallskizzen wurden anonymisiert. Ähnlichkeiten sind zufällig und dadurch bedingt, dass leidvolle Geschichten eben durchaus ähnlich sein können.

Unser Dank gilt unseren Patienten, von denen wir zuhörend und behandelnd gelernt haben. Dankbar sind wir auch den Seminarteilnehmern unseres Instituts für Psychotherapie Braunschweig-Göttingen. Die gemeinsame Arbeit hat uns angeregt zu diesem Versuch, schreibend Gespräche zu skizzieren.

Peter Müller und Herta Wetzig-Würth
Göttingen und Braunschweig, im Sommer 2007

1

Hilfreiches aus Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

Herta Wetzig-Würth

1.1

Einführung

Die verstehende Psychotherapie basiert auf Grundannahmen der von Freud entwickelten Psychoanalyse. Das Konzept von unbewussten und *früher* entstandenen Konflikten, die *heute* noch wirksam sind und in Gestalt neurotischer oder psychosomatischer Symptome immer wiederkehren, ist sehr hilfreich zum Verständnis vieler psychogener Störungen.

In diesem Kapitel soll deshalb dargestellt werden, wie sich Konflikte äußern können, wie man Zugang zu ihnen findet, wie sie gelockert und aufgelöst werden können.

Die nachfolgenden Beispiele stammen aus analytischer Psychotherapie und sollen erläutern, wie z. B. Affekte in der Übertragung und in der Erinnerung als Hinweise auf Konflikte verstanden und bearbeitet werden können. Es handelt sich um Vignetten, Kulminationspunkte gewissermaßen, die eben nur einen kleinen Ausschnitt aus meist lang dauernden Therapien wiedergeben.

Anhand solcher klinischen Fallbeispiele soll einerseits die Praxis der Gesprächsführung erlebbar gemacht werden, andererseits aber auch der theoretische Hintergrund aufgezeigt und eine Verknüpfung von Theorie und Praxis versucht werden.

1.2

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1:

Von der Be-Deutung des Schweigens – die Scham

Die 36-jährige Patientin kommt mit gut zehnminütiger Verspätung, legt sich in strammer Haltung auf die Liege – schweigt. Die Therapeutin spürt ein Unbehagen: Außer ihrem ihr schon verständlichen Ärger über die von der Patientin nicht angesprochene Verspätung nimmt sie eine schmerzhafteste Verkrampfung ihrer Schultermuskulatur wahr und spürt den Impuls, ihrem Ärger Luft zu verschaffen. Sie wartet aber erst einmal ab mit der inneren Frage, was wohl in der Patientin vor-sich-geht und welcher Sinn in dem Agieren (Zuspätkommen und Schweigen) verborgen liegen mag.

Das Schweigen dauert länger als in einer Alltagsbegegnung zwischen zwei Menschen denkbar wäre.

Gespräch

Patientin (P.): *«Jetzt muss ich erst mal sagen, dass ich froh bin, hier zu sein, irgendwie bin ich ganz unruhig, aber ich weiß nicht warum, eben hatte ich noch ein Gespräch mit einer Kollegin, aber das kann es nicht sein.»*

Therapeutin (T.) (tastend): *«Ja, Ihre Unruhe scheint einen tiefer liegenden Grund zu haben – und dann gibt es offenbar noch eine Schwierigkeit, darüber zu sprechen. Wir sollten doch mal schauen, ob da ein Bezug zu unseren Sitzungen besteht. Ich könnte mir auch eine Unsicherheit vorstellen, wie ich das, worum es geht, wohl finden könnte, und was ich dazu zu sagen hätte.»*

P.: *«Ja, jetzt fällt mir ein, dass es in der letzten Sitzung anfang, wo wir über die Wutausbrüche meiner Mutter gesprochen haben, mir ist noch ganz viel dazu eingefallen, ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll.»*

T.: *«Ja, das Sprechen fällt schwer, weil es so viel ist, und weil es so bedrängend ist.»*

Erneutes lastendes Schweigen.

P.: *«Ich muss es sagen, nein, ich will es sagen, aber ich schäme mich so.»*

T. (behutsam): *«Sie schämen sich und sind sich nicht sicher, wie ich wohl darüber denken könnte.»*

P.: *«Es ist so schlimm! – Es ist so, als ob ich es grad wieder erlebe.»* Sie schweigt erneut.

T. (nach einer Weile): *« Sie sammeln Mut.»*

P.: *«Ich konnte damals in der Schule nicht auf die Toilette gehen, die war immer so schmutzig, da hatte ich mir mal wieder auf dem Weg nach Hause in die Hose gemacht, da hat mir meine Mutter die Hose mit dem ganzen Dreck ins Gesicht geschmissen, und dann musste ich alles sauber machen und waschen.»*

T.: *«Also, wenn ich mir das so vorstelle, das muss ja ekelig und grauenhaft demütigend gewesen sein.»*

P.: *«Ich fühle mich so dreckig,» schluchzt, «ein Stück Dreck.»*

T.: *«Natürlich wissen wir beide, dass Sie ganz und gar nicht ein Stück Dreck sind, andererseits gibt es das Erlebnis von damals mit einer tiefen Erinnerungsspur, die auch jetzt noch Auswirkung hat.»*

P. (weint heftiger, nach einer Pause): *«Ich habe mich oft gefragt, warum ich so wenig Freunde habe, ich habe immer gedacht, mich mag keiner, wenn man mich kennenlernen würde, würde man merken, dass ich nichts zu bieten habe. Vielleicht stimmt das alles gar nicht, und ich habe immer nur Angst davor gehabt. Am schlimmsten war damals, dass ich nicht schreien durfte. Ich war eine Schande für sie.»*

T. (nach einer Weile): *«Ja, es war sehr schlimm für Sie, vor allem, so fest davon überzeugt zu sein, eine Schande zu sein und gerade deshalb nicht sprechen zu dürfen, weil dann die ganze Schande herauskäme und sich alle von Ihnen abwenden könnten, so wie damals die Mutter nicht wollte, dass die Nachbarn etwas mitbekommen würden, wenn Sie schreien würden.»*

P.: *«Ja, ich glaube, so stimmt das. Dabei fällt mir ein, wie entsetzlich ich mich gefühlt habe, damals auf meinem Nachhauseweg. Und ich bin so voller Hass, und ich habe den immer gegen mich gerichtet. Ich habe nicht gedacht, dass ich das von damals jemandem erzählen könnte.»*

T.: *«Und in dieser Entscheidungsschwierigkeit haben Sie den Kompromiss gefunden und sind gekommen, aber später und erst einmal schweigend. Aber das Gefühl der Beunruhigung ist nun verständlich geworden.»*

P.: *«Es ist immer noch schlimm, aber ich fühle mich jetzt auch leichter.»*

■ Ergänzung zum Fallbeispiel 1

In der Vorgeschichte dieser jungen Frau gibt es im Alter von 10 Jahren eine mehrwöchige Krankheit, in der die Patientin einfach aufgehört hatte zu essen und in einer Klinikbehandlung mit Infusionen ernährt werden musste. Und es gibt eine Schwierigkeit in der Nähe-Distanz-Regulierung, die sich auf den Umgang mit ihrer Sexualität auswirkt, außerdem leidet sie unter einer Hautkrankheit. Sie ist die ältere von zwei Schwestern, vor ihr hat es Fehl- und Totgeburten gegeben. In ihrer Kindheit war sie die zuhörende – nicht Verstehende – «Vertraute» («Container») der in Schwarz-Weiß-Kategorien verhafteten Mutter. Ihre Befreiungsversuche über intellektuelle Leistungen wurden