

Einleitung

Mechthild Kerkloh

Kennen Sie das?

Sie kommen gut gelaunt in die Praxis oder die Ambulanz, doch Ihre gute Laune verschwindet schlagartig, wenn Sie die erste Patientin sehen. Frau Müller mit ihrer Bulimia Nervosa, die die meiste Zeit über versucht, Sie in Diskussionen über die gesundheitsförderlichen Aspekte von Trennkost und vegetarischer Ernährung zu verwickeln, Ihnen aus dem Internet ausgedruckte Studien mitbringt und kaum bereit ist, über andere motivationale oder gar emotionale Aspekte ihres Essverhaltens zu sprechen. Ihr Rat als Experte wird vehement eingefordert, Ratschläge werden aber kaum umgesetzt. Sie haben schon alle erdenklichen Techniken versucht und Gesprächsstrategien angewendet, aber nichts war nachhaltig zielführend. Das macht Sie hilflos und ziemlich ärgerlich. Wie oft haben Sie schon daran gedacht, die Behandlung zu beenden? Aber irgendwie haben Sie auch Mitgefühl mit ihr, die sich zusehends in ihren Ess- und Verhaltensvorschriften verliert. Sie hat in ihrem Leben wirklich wenig Aufmerksamkeit und Verständnis erfahren, so dass Sie ihre Ablehnung, über Gefühle zu sprechen, gut nachvollziehen können. Außerdem hat sie etwas ganz Liebenswürdiges und auf ihre Art gibt sie sich viel Mühe. Sie geben sich einen Ruck und begrüßen sie freundlich, aber während der Stunde wachsen innerlich wieder der Ärger und die Hilflosigkeit, die ganze Behandlung kommt Ihnen sinnlos vor. Als sie erneut beginnt, ihren neusten Diätplan zu rechtfertigen, platzt Ihnen doch der Kragen. Im gleichen Moment fühlen Sie sich mies, bekommen ein schlechtes Gewissen Frau Müller gegenüber und können ihre trotzige Fassungslosigkeit und Enttäuschung über den Ausbruch kaum aushalten.

Trotz jahrelanger Erfahrung passiert es uns mit manchen Patienten, dass wir mit dem Verlauf einer Therapie unzufrieden sind, weil wir selber »viel zu emotional« auf diese Patienten reagieren, uns hilflos fühlen oder nicht professionell genug intervenieren können. Wir bemerken in der Therapie keine sichtbaren Fortschritte und werden zornig auf uns oder die Patienten, ohne erkennen zu können, was eigentlich schief läuft. Manchmal gehen auch Stunden richtig gegen die Wand, die Patienten werden ärgerlich oder fühlen sich gekränkt und verletzt, obwohl wir ihnen nur ein problematisches Verhalten spiegeln wollten. Es entspinnt sich eine mühsame Diskussion und Dynamik, die zu keinem Ergebnis führt. Danach fühlen wir uns als Therapeuten manchmal funktionalisiert, zum Täter stilisiert oder einfach missverstanden, nicht genug gesehen und ungerecht behandelt. Wir fühlen uns verantwortlich für den Therapieprozess, aber hilflos, aus dieser Beziehungsfalle, in die wir getappt sind, auch nur halbwegs souverän wieder herauszukommen, weil sich uns noch gar nicht erschließt, wie genau die Falle aussieht und wann sie zugeschnappt ist.

In diesem Fall sprechen wir von impliziten Mustern, die durch die Interaktion mit dem Patienten bei uns aktiviert wurden, die uns selber aber (zunächst) nicht bewusst sind – unsere eigenen blinden Flecken, die es trotz Selbsterfahrung, Supervision, jahrelanger Berufserfahrung und hoher Reflektiertheit immer wieder gibt.

Die aus unserer Sicht effektivste Methode zur Wiedererlangung unserer professionellen Haltung, unserer Zufriedenheit und unserer therapeutischen Arbeitsfähigkeit stellt die Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) dar. IFA ist eine spezifische Form der Fallbearbeitung impliziter kognitiver wie emotionaler Muster in der Begegnung von Patient und Therapeut. Die Arbeit erfolgt im Rahmen eines festen Ablaufs mittels Gruppeninteraktionen und unter dem vorrangigen Einsatz aller in der modernen Verhaltenstherapie integrierten Techniken. Sie hilft dem Therapeuten, seinen eigenen (diffusen) emotionalen Druckzustand zu verändern, seine Irritation zu verstehen, wieder handlungsfähiger zu werden und somit die Beziehung zum Patienten wieder bewusster und aktiver zu gestalten. Insofern dient die IFA dazu, die Kompetenz praktisch tätiger Therapeuten durch Optimierung der therapeutischen Beziehungsgestaltung zu erhöhen.

Dabei ist uns wichtig, dieses »Tappen in die Beziehungsfalle« nicht als etwas Defizitäres zu sehen, sondern als Chance zur Weiterentwicklung des eigenen Selbstverständnisses und der Qualität unseres therapeutischen Angebotes. Nach unserer Ansicht sind viele unserer intuitiv angewendeten Strategien zum (komplementären) Beziehungsaufbau zunächst internalisierte implizite Beziehungsmuster, die dann mit der Ausbildung und mit der Erfahrung als Psychotherapeut zunehmend zu reflektierten, bewusst anwendbaren Handlungsstrategien werden. Mit diesem Verständnis wird die »Beziehungsfalle« zum prinzipiell gewünschten Ereignis, da der Konflikt oder die Irritation zwischen Patient und Therapeut die impliziten Muster auf beiden Seiten aktiviert und erlebbar macht. Interaktionell denkende Therapeuten, die es inzwischen in vielen Therapieschulen gibt, gehen davon aus, dass das, was in der Therapie passiert, immer von beiden hergestellt wird. Weil sich unsere Entwicklung als Mensch vom Säuglingsalter an in Interaktion mit Anderen vollzieht, sind auch unsere seelischen Schwierigkeiten nur in einem interpersonellen Rahmen versteh- und änderbar. Allerdings gehört es zum Wesen von impliziten Mustern, dass diese nicht direkt reflektierbar sind. Wirken sie sich störend auf die Behandlung aus, spürt sie der Therapeut zunächst oft nur als Irritation, eigene emotionale Überreaktion oder Unlust und erlebt sich diffus als »scheiternd« beziehungsweise hilflos. Nach einer gelungenen IFA-Arbeit stehen diese nun explizierten emotionalen und kognitiven Muster als neue Werkzeuge in der Beziehungsgestaltung zum Patienten zur Verfügung. Ein Kollege hat einmal die Ausbildung zum Psychotherapeuten als »Bananen- Ausbildung« bezeichnet: »Wir werden grün gepflückt und reifen am Patienten«. Wir sehen dieses »Reifen« als einen lohnenden lebenslangen und spannenden Prozess.

Mit diesem Buch möchten wir »grünen« wie »gereiften« Kollegen ein gut verständliches und anwendungsnahes Manual an die Hand geben. Darüber hinaus soll anschaulich gemacht werden, wie wir die IFA – nach intensiven Diskussionen und langjährigen praktischen Erfahrungen – anwenden, beschreiben und theoretisch einordnen. Mit dieser »Standortbestimmung« hoffen wir zudem, zu einer frucht-

baren Weiterentwicklung der Methode beizutragen und eine Integration und Verbreitung der verschiedenen IFA-Varianten zu ermöglichen. Wir sehen unsere Arbeit an diesem Buch vor allem darin, die in der IFA enthaltene Struktur und die ihr zugrundeliegenden Überlegungen darzustellen. Dazu werden wir mit einem Praxisbeispiel beginnen, das einen typischen IFA-Prozess anschaulich macht (► Kap. 1). Auf dieses Beispiel werden wir uns im Verlauf des Buches immer wieder beziehen und es so auch theoretisch nachvollziehbar machen.

Die IFA ist vor allem in der Praxis entstanden, weiterentwickelt worden und hat sich dort vielfach bewährt und zu verschiedenen Varianten ausdifferenziert. Daher widmen wir uns im zweiten Kapitel dem geschichtlichen Hintergrund, d. h. der Entstehung der IFA. Hierbei wird auch auf die unterschiedlichen Herangehensweisen und Strukturen der Ausbildung zum Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch tätigen Arzt im Ostteil und Westteil Deutschlands eingegangen, die zu etwas unterschiedlicher Herangehensweise in der IFA-Arbeit geführt haben. Eine theoretische Verankerung sowie eine Erläuterung der Strukturelemente der IFA und ihrer Funktion findet im dritten Kapitel statt. Kapitel 4 gibt eine praxisnahe Anleitung, wie eine IFA-Gruppe unter Berücksichtigung der genannten Strukturelemente durchgeführt werden kann. Ergänzend dazu werden in Kapitel 5 bewährte Techniken zum Ebenenwechsel vorgestellt, die Teilnehmer wie IFA-Leiter zum Experimentieren anregen sollen. In Kapitel 6 werden dann spezifische Herausforderungen, die sich in IFA-Gruppen ergeben können, vor allem aus der Leiterperspektive dargestellt. Abschließend befasst sich Kapitel 7 mit Fragen zur IFA-Leiter-Ausbildung, Kapitel 8 mit der IFA im Kontext der ärztlichen Weiterbildung und zuletzt gibt Kapitel 9 einen Ausblick auf weitere Perspektiven der IFA und der Psychotherapie.

Zur Entstehung des Buches

Wir sind als IFA-Gesellschaft eine Arbeitsgruppe des VIVT (Verband für Integrative Verhaltenstherapie e. V.) und kooperieren mit dem staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut IVT-Psychotherapie GmbH, an dem eine Ausbildung zum IFA-Leiter angeboten, organisiert und verantwortet wird. Entstanden ist die Arbeitsgruppe aus unserem Enthusiasmus für die IFA-Methode mit dem Ziel, die IFA weiterzu entwickeln, IFA-Gruppenleiter stärker zu vernetzen und IFA einem breiteren Personenkreis bekannt zu machen.

Dieses Buch ist im Rahmen unserer 5-köpfigen Arbeitsgruppe entstanden. Wir haben uns regelmäßig getroffen, um die verschiedenen Kapitel inhaltlich zu besprechen und kritische Stellen zu diskutieren. Anschließend hat jeder ein oder mehrere Kapitel geschrieben, die dann wiederum von allen gelesen, diskutiert und redigiert wurden. Dadurch sind die einzelnen Kapitel stilistisch unterschiedlich, inhaltlich aber kohärent. Darüber hinaus konnten wir Herrn Dr. med. Christian Ehrig, Vorsitzender des Deutschen Ärzteverbandes für Verhaltenstherapie (DÄVT)

gewinnen, das Kapitel 8 zu schreiben. Mit ihm sind wir durch eine sehr konstruktive Zusammenarbeit, v. a. an den bisherigen überregionalen IFA-Kongressen verbunden.

Einige Auseinandersetzungen hatten wir hinsichtlich einer geschlechtergerechten Sprache und lernten einiges über unsere verschiedenen Sprach- und auch Kränkungserfahrungen. Unser Kompromiss: Wir benutzen das »generische Maskulinum«, wenn wir alle Geschlechter meinen, und verwenden in den Beispielen vorwiegend weibliche Formen, um daran zu erinnern, dass sowohl die meisten Therapeuten als auch Patienten Frauen sind.

Die Beispiele im Buch sind fiktiv oder aus Erinnerungsprotokollen erstellt. Dabei wurde sorgfältig auf eine Verfremdung bezüglich der realen IFA-Gruppen geachtet. Somit wollen wir einen Kompromiss schließen zwischen einer bildhaften Darstellung und der Einhaltung unserer Schweigepflicht.

Besonders dankbar sind wir den Vorab-Leserinnen unseres Buches. Die vielen kritischen und hilfreichen Anmerkungen haben wiederholt eine lebendige Auseinandersetzung angeregt. Besonders wollen wir hier den Kolleginnen Ilka Zänker, Grit Dannebauer und Rotraut Jatkowski danken.

Die Illustrationen wurden von Friedrich Althausen erstellt, nachdem er sich mehrere IFA-Prozesse angeschaut hat.

1 Typisches Beispiel einer IFA-Gruppe

Mechthild Kerkloh

In diesem Kapitel möchten wir Ihnen ein typisches Beispiel einer IFA-Gruppe vorstellen, damit Sie einen Eindruck bekommen, was in einer IFA-Runde passiert. In Kapitel 4 werden die einzelnen Schritte differenzierter erläutert. Das Beispiel ist fiktiv, enthält aber alle wesentlichen Schritte und häufigen Reaktionen der einzelnen Protagonisten.

Das Beispiel findet in folgendem Setting statt: Die IFA-Gruppe besteht seit zwei Jahren und trifft sich monatlich, dadurch ist bereits eine vertrauensvolle und offene Atmosphäre entstanden. Sie setzt sich zusammen aus Psychotherapeuten und Ärzten. Die Teilnehmer duzen sich untereinander. Von zehn Teilnehmern sind sieben anwesend: Anna, Brit, Clara, Dirk, Eva, Fina und Günter.

1.1 Schritt 1: Einstimmung und Rückmeldung zur vergangenen IFA

Nachdem alle Teilnehmer angekommen sind, eröffnet die Leiterin die Sitzung der IFA-Gruppe. Anschließend bittet sie die Fallvorstellerin der letzten IFA-Runde um eine kurze Rückmeldung, wie es ihr mit der vorgestellten Patientin ergangen ist.

Anna: »Für die, die nicht da waren: Ich hatte von einer Patientin berichtet, die ich als sehr farblos und kaum greifbar erlebt habe, was bei mir in den Therapiestunden immer zu kaum unterdrückbarer Müdigkeit geführt hatte. Die Gruppe hat im Rollenspiel einen Paravent zwischen mich und die Patientin gestellt, was meinem Empfinden ihr gegenüber sehr entsprach: Sie nicht sehen zu können und wie mit einer Wand sprechen zu müssen. Sehr geholfen hat mir, dass ich durch euer Spiel einerseits die Angst der Patientin vor Kontakt und Sichtbarwerden erleben konnte, andererseits ihr Bemühen um Kontakt, immerhin kommt sie sehr zuverlässig und ist wirklich motiviert. In den nächsten Stunden war ich dann viel wachsamer auch für ganz zarte Kontaktangebote ihrerseits und konnte meinerseits viel vorsichtiger darauf reagieren. Dadurch bekommt sie langsam für mich mehr Kontur und Farbe und ich bin nicht mehr so müde und erschöpft nach den Stunden. Euch noch mal vielen Dank für die hilfreiche Arbeit.«

1.2 Schritt 2: Eröffnungsrunde

Nach dieser Rückmeldung bittet die Leiterin jeden, kurz in sich zu gehen und sich auf die eigenen Patienten zu konzentrieren.

Leiterin: »Schließen Sie bitte für einen Moment die Augen und richten Sie die Aufmerksamkeit auf ihre Arbeit. Was kommt Ihnen als Erstes in den Sinn? Ist da z. B. ein Patient, der Sie besonders beschäftigt und bei dem Sie Irritation oder ein diffuses Gefühl von Ärger, Angst, Trauer, Unsicherheit oder Hilflosigkeit spüren? Oder bemerken Sie, dass Sie sich bei einem Patienten anders verhalten als üblich, z. B. die Stunden überziehen, häufiger auf die Uhr schauen oder sogar erleichtert sind, wenn eine Absage auf Ihrem Band ist. Vielleicht gibt es auch eine Konfliktsituation bei der Arbeit, z. B. im Team, die Sie belastet? Dann vergegenwärtigen Sie sich diesen Patienten oder diese Situation und schauen, ob Sie das heute vorstellen möchten.«

1.3 Schritt 3: Kurzvorstellung potenzieller Fälle

Nach einer Pause, nach der die Leiterin den Eindruck gewonnen hat, dass die meisten einen Entschluss gefasst haben:

Leiterin: »Wer hat denn heute etwas mitgebracht?«

Anna: »Ich habe diesmal nichts, ich war ja auch das letzte Mal dran.«

Clara: »Bei mir ist in der Probatorik ein Patient aufgetaucht, bei dem ich diagnostisch nicht auseinanderhalten kann, ob er paranoide Ideen hat oder tatsächlich überwacht wird. Er ist in der linksautonomen Szene aktiv, so dass es sogar nicht unwahrscheinlich wäre, andererseits hat er mir eine akribische Beweisliste vorgelegt, was schon wieder ziemlich übertrieben wirkte. Mich hat es irritiert. Das würde ich gerne anschauen.«

Dirk: »Ich habe eine Patientin mit einer histrionischen Störung. Sie hatte in der letzten Woche Geburtstag und saß allen Ernstes die Stunde darauf bei mir und weinte, weil sie von ihrem Mann nicht die 400-€-Schuhe bekommen hatte, die sie sich so sehr gewünscht hatte. Nach meinem Dafürhalten hatte sich der Mann große Mühe gegeben, ihr die Wünsche zu erfüllen, die sie in den letzten Monaten geäußert hatte. Ich kam in einen großen Loyalitätskonflikt, weil ich meine Patientin so dreist und undankbar fand, obwohl ich ja auch ihre Problematik kenne und weiß, was in solchen Situationen bei ihr passiert und wie schlimm sie sich dann fühlt. Auch wenn ich in der Situation erstmal ganz okay reagiert habe, hat mich das noch länger beschäftigt. Ich spüre so etwas wie ein inneres

- Schnauben über so viel Dreistigkeit und Anmaßung auf Seiten der Patientin, dass ich es kaum fassen kann!«
- Eva: »Bei mir laufen gerade alle Therapien gut.«
- Fina: »Mich beschäftigt seit längerem ein älterer Patient, der oft sehr polterig sein kann. Wenn der schon zur Tür hineinkommt, habe ich ein mulmiges Gefühl, ich werde dann immer unsicherer und fühle mich unwohl. Wenn er dann noch eine abwertende Bemerkung z. B. über meine Arbeit macht, ist es ganz vorbei. Ich lasse ihn dann zu viel reden und fühle mich klein, unfähig und schlecht. Nach der Stunde ärgere ich mich sehr über mich, nicht souverän auf ihn reagiert zu haben, und insgeheim hoffe ich manchmal, dass er die Therapie abbricht.«
- Leiterin: »Wer hat denn noch etwas? Wie ist es mit Ihnen, Brit?«
- Brit: »Gestern habe ich von einer Patientin geträumt, das hat mich irritiert. Ich erlebe sie als sehr bedürftig und anhänglich und in meinem Traum war sie ständig an Orten, an denen ich auch war – im Park, bei einer Ausstellung, im Fitnessstudio. Ich habe immer versucht, sie zu ignorieren, fühlte mich aber zunehmend verfolgt. Ich hatte sie wirklich zwei Tage vorher zufällig im Kaufhaus getroffen, was auch okay war, ich habe sie kurz begrüßt und bin gegangen, aber scheinbar hat das doch noch nachgewirkt.«
- Günter: »Mir geht ein Konflikt mit einem Pfleger durch den Kopf. Der verhält sich mir gegenüber immer wieder stark konkurrierend, aber nicht offen, sondern hinter meinem Rücken. Dann erfahre ich z. B. von Patienten, dass er meine Medikation falsch fand und mit ihnen diskutiert hat. Die Patienten sind dann verständlicherweise sehr verunsichert. Ich habe ihn schon zweimal in einem persönlichen Gespräch damit konfrontiert, aber da leugnet er und spielt den Unschuldigen. Ich könnte dann vor Ärger platzen, was ich nicht mache, die Blöße würde ich mir nicht geben, aber im Nachhinein verunsichert es mich und ich beginne, an mir zu zweifeln.«

1.4 Schritt 4: Auswahlrunde

Nach der Vorstellung der potenziellen Fälle bittet die Leiterin die Teilnehmer, sich für einen Fall zu entscheiden.

- Leiterin: »Da haben wir ja heute fünf schöne potenzielle IFA-Fälle. Da wir nur für einen Zeit haben, lassen Sie uns jetzt abstimmen, welchen Fall Sie heute bearbeiten möchten? Ich fasse noch einmal kurz zusammen, was ein-gebracht wurde: Clara ist unsicher, ob ihr Patient paranoide Gedanken hat oder wirklich abgehört wird; Dirk spürt ein ›inneres Schnauben‹ über die Maßlosigkeit einer Patientin, die verzweifelt reagiert hat, weil

sie zum Geburtstag die gewünschten 400-€-Schuhe nicht bekommen hat; Fina fühlt sich – wie hat sie gesagt – ›klein, unfähig und schlecht‹, wenn ihr Patient abwertende Bemerkungen über sie macht und sie ärgert sich nach der Stunde über ihre Reaktion; Brit sah sich im Traum von einer Patientin verfolgt, die real sehr bedürftig und anhänglich ist, und Günter ist verärgert und verunsichert aufgrund eines Pflegers, der vermutlich hinter seinem Rücken die Anordnungen von Günter bei den Patienten schlechtredet. Welcher der möglichen Fälle spricht Sie am meisten an, bei wem sehen Sie den größten Bedarf. Ich notiere die jeweiligen Stimmen.«

- Günter: »Ich sehe bei Fina den größten Bedarf, da die Therapie wirklich gegen die Wand zu laufen droht – sie hofft ja schon, dass der Patient nicht mehr kommt. Deshalb würde ich ihren Fall gerne bearbeiten. Außerdem finde ich den Umgang mit Menschen, die so entwertend mit mir umgehen, auch oft schwierig, wie den Pfleger, den ich vorgestellt habe. Da nehme ich bestimmt für mich auch noch etwas mit.«
- Brit: »Eine ähnliche Patientin wie Clara hatte ich auch schon mal, bei der ich bis zuletzt nicht wusste, ob ihre Sorge realistisch war oder sie paranoid reagiert. Das würde mich insofern sehr interessieren, weil ich damals erlebt habe, dass mich ihr Misstrauen angesteckt hat und ich ihr gegenüber sehr vorsichtig wurde. Ich stimme deshalb für Clara.«
- Clara: »Stimmt schon, aber vielleicht bringe ich den Patienten lieber später nochmal ein, wenn ich mir über die Diagnose im Klaren bin. Mich interessiert außerdem der Fall von Fina, weil ich auch mal so einen Patienten hatte, der mich total verunsichert hat. Ich hatte richtig Bauchgrummeln, wenn ich wusste, dass er kommt.«
- Dirk: »Mir fällt es schwer, mich zu entscheiden. Den Traum von dir, Brit, fand ich sehr spannend und hätte große Lust, das Thema in diesem Rahmen zu bearbeiten, aber dringlicher scheint mir der Fall von Dirk, wenn sich nach der letzten Stunde ein negatives Bild bezüglich der Patientin zu manifestieren droht. Deshalb stimme ich für Dirk.«
- Anna: »Ich würde auch gerne den Fall von Fina bearbeiten, das hört sich nach einer sehr verwickelten Beziehungs dynamik zwischen den beiden an, das finde ich spannend. Bei ihr spüre ich auch die höchste Dringlichkeit.«
- Fina: »Ich würde meinen Fall auch gerne anschauen, ich habe schon beim Vorstellen gemerkt, dass da doch mehr Druck ist, als ich mir erst eingestehen wollte. Und das Bauchgrummeln kenne ich auch!«
- Leiterin: »Okay, dann haben wir die meisten Stimmen für Fina. Ist es für alle in Ordnung, wenn wir ihren Fall bearbeiten?« [Alle nicken.] »Dann setze ich mich jetzt zu Ihnen. Auf welcher Seite hätten Sie mich denn lieber?«
- Fina: »Rechts.«
- Leiterin: »Gerne. Brit, würden Sie bitte den Platz mit mir tauschen?«

Die Leiterin setzt sich rechts neben die Fallvorstellerin (Fina) und bittet sie, der Gruppe ihre Beziehung zu dem Patienten nun ausführlicher zu schildern.

1.5 Schritt 5: Fallvorstellung

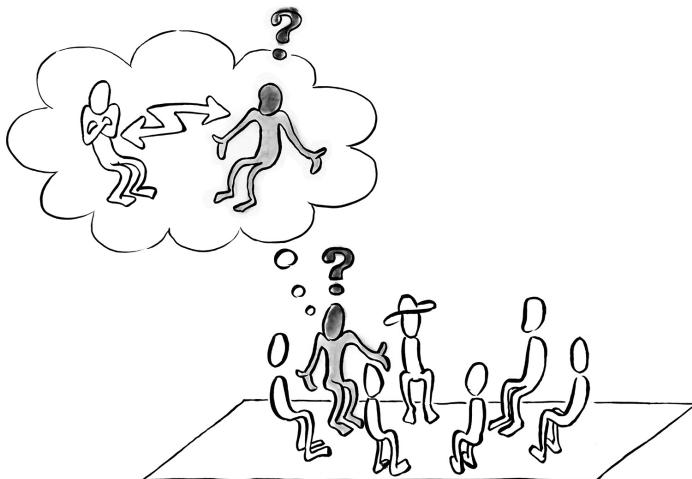


Abb. 2: Fallvorstellung

Leiterin: »Schildern Sie jetzt bitte der Gruppe etwas umfassender, wie Sie den Patienten erleben, wie sich die Beziehung zu ihm gestaltet und was in der Therapie zentral ist.«

Fina: »Gerne. Der 58-jährige Patient kam durch seinen Hausarzt, der mir öfter Patienten überweist. Der Hausarzt hatte eine Depression und eine Somatisierungsstörung diagnostiziert, da er über wechselnde Schmerzen klagte, für die keine Ursache gefunden wurde. Auf der Persönlichkeitsebene zeigt er deutliche narzisstische Züge.

Ihm wurde vor zwei Jahren gekündigt. Vorher war er seit seiner Ausbildung in diesem Handwerksbetrieb angestellt, zuletzt als Meister und Ausbilder. Gründe für die Kündigung waren Alkohol am Arbeitsplatz und cholerische Mitarbeiterführung, was er mir aber nicht erzählt hat, sondern was im Entlassungsbericht der Klinik stand, in der er zur Entwöhnung war. Mir nannte er als Gründe für die Kündigung, dass er denkt, der neu eingestellte Meister wollte seinen Posten haben und hätte sich beim Chef beschwert. Aber nach der Kündigung hat er eine dreimonatige teilstationäre Entwöhnung absolviert und ist seitdem abstinenter. Als ich ihn am Anfang dazu befragte, meinte er, er habe beweisen wollen, dass er kein Säufer sei, sondern jederzeit aufhören könne. Wörtlich sagte er: ›Wenn ich was will, dann schaffe ich das auch.‹ Es hat mich beeindruckt, wie er seine Entwöhnung durchgezogen und die Abstinenz beibehalten hat. Das habe ich ihm auch gesagt.

Wir sind jetzt in der 15. Stunde, die Probatorik lief noch ganz gut, er hat motiviert mitgemacht und schien auch seine Zweifel etwas zu verlieren,

dass so »Psychogelaber« doch nichts bringen würde. Zumindest schien er gerne zu kommen und er war mir zunächst auch ganz sympathisch. Die nächsten Stunden verliefen dann zunehmend so, dass er viel erzählt hat – vor allem von seiner Arbeit und wie viel er da all die Jahre geleistet habe und wie ungerecht es sei, dass sie ihn entlassen hätten. Als ich begonnen habe, Zwischenfragen zu stellen, um mehr in einen Dialog zu kommen und dabei sein Kränkungserleben angesprochen habe, wurde er zunehmend ärgerlich, blaffte mich an oder zog sich innerlich zurück. In der vorletzten Stunde hatte ich die Alkoholproblematik am Arbeitsplatz thematisiert. Weil er das so runtergespielt hatte, habe ich mich dazu hinreißen lassen zu sagen, dass es aus Sicht des Arbeitgebers verständlich sei, ihn darauf anzusprechen, da er ja immerhin Maschinen bedient und Lehrlinge betreut habe. Danach wurde er laut: Ich hätte ja keine Ahnung, er habe nie einen Unfall gehabt und sei auch angetrunken noch besser gewesen als alle anderen. Ich kam mir sehr abgewertet vor und habe gemerkt, dass ich mich immer kleiner und hilfloser fühlte, überhaupt nicht mehr reagieren konnte und fast losgeheult hätte. Zum Glück war die Stunde fast um und ich konnte sie noch halbwegs beenden – danach war ich aber total durch den Wind. Nun habe ich ziemliche Angst vor der nächsten Stunde und weiß nicht, wie ich mit ihm wieder in einen vertrauensvollen Kontakt kommen kann.«

Leiterin: »Ich denke, das waren jetzt schon ganz schön viele Informationen für die Gruppe. Wollen wir mal hören, was bei den Kolleginnen und Kollegen angekommen ist. Sie können sich unterdessen zurücklehnen und die erste Resonanz auf sich wirken lassen.«

1.6 Schritt 6: Gruppenresonanz

Leiterin: (zur Gruppe) »Bitte schildern Sie nun Fina, was Ihnen beim Zuhören so durch den Kopf gegangen ist, welche inneren Bilder entstanden sind, welche Gefühle, vielleicht auch gegensätzlichen Gefühle, Sie erlebt haben und was Sie möglicherweise körperlich gespürt haben. Am besten geben Sie die Resonanz in die Gruppe hinein und sprechen Fina nicht direkt an. Dann kann sie leichter zuhören und nachfühlen, welche Beiträge sich für sie stimmig anfühlen und was davon sie aufgreifen möchte, um die Beziehung zwischen sich und ihrem Patienten zu bearbeiten.«

Clara: »Ich hatte das Bild von Fina als einem kleinen Mädchen, das vom Vater ausgeschimpft wird. Ich konnte sehr deutlich die Hilflosigkeit und Erstarrung fühlen und habe mich gefragt, ob sie das von früher kennt.«

Dirk: »Mein Eindruck war, dass der Patient versucht, ein ganz wackeliges Kartenhaus aufrechtzuerhalten, weil er sonst selber völlig zusammenbrechen würde. Und er kommt zu Fina und sucht Hilfe, aber nun wa-