

Die therapeutische (In-)Kontinenz

Psychologie und Pädagogik in der Therapie

Daniel Dierlmeier



Kaum eine Berufsgruppe dürfte so weiterbildungsfreudig sein wie die Angehörigen der sozialen Berufe. Die meisten Behandler investieren viel Zeit und Geld, um noch besser diagnostizieren und behandeln zu können. Therapeuten haben einen weit intensiveren und längeren Patientenkontakt als Ärzte und Pflegepersonal.

Leider ist bis zum heutigen Zeitpunkt „Verhaltenstherapie für Therapeuten“ ein viel zu kleiner Teil der Berufsausbildung. Auch das Weiterbildungsangebot ist in diesem Bereich sehr überschaubar.

Viele Behandler versuchen diesen Mangel intuitiv durch erlernte empathische Handlungsstrategien auszugleichen. Häufig ist aber die Folge ein gestörtes Therapeut-Patient-Verhältnis. Untersuchungen belegen bereits die Bedeutung kommunikativer und psycho-sozialer Aspekte während des Therapieprozesses (Beattie et al., 2002). Der vorliegende Fachartikel gibt einen Einblick und nützliche Tipps für ein gesundes Therapiesetting und soll einladen, die Weiterbildung zu besuchen.

1. Der Therapeut: Gefangen im Spannungsfeld zwischen Wollen und Müssen!

Wer kennt das nicht? Man gab sich in der ersten Behandlung die größte Mühe; alle bisher sorgfältig erlernten Tests und Techniken flossen in Untersuchung und Behandlung ein.

Sehr gespannt erwartet man den Patienten zur zweiten Sitzung. Bei der Anamnese bekommt man dann berichtet, dass die Behandlung „überhaupt keinen Erfolg brachte“. Kennen Sie das?

Viele nehmen hier schon die erste „Schuldzuweisung“ wahr. Verstärkt wird dieser Effekt oft durch: „Nun war

ich schon mehrmals bei Ihnen und es ist immer noch nicht besser.“ Spätestens jetzt bekommt die Situation eine Dynamik. Die eine Hälfte der Behandler reagiert „explosiv“ und geht zum Gegenangriff über, während die anderen „implodieren“, eine starke Kritik an der eigenen Tätigkeit wahrnehmen und sich schlecht fühlen. Beide Reaktionsmuster wirken sich toxisch auf das Therapeut-Patient-Verhältnis aus.

2. Täter-Opfer-Umkehr und Helfersyndrom – die perfekte toxische Ehe

Als *Helfersyndrom* bezeichnet man die übermäßige Hilfsbereitschaft anderen gegenüber. Diese Form der krankhaften Nächstenliebe wurde als erstes von dem Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer in seinem Buch „Die hilflosen Helfer“ beschrieben. Gerade Angehörige von sozialen Berufen sollen hier besonders gefährdet sein.

Als *Täter-Opfer-Umkehr* wird ein Mechanismus bezeichnet, welcher unter dem Begriff „Schuldumkehr“ besser verständlich wird. Dabei schreibt der Täter die Schuld dem Opfer für die Tat selbst zu. Dadurch erfährt das Opfer Anschuldigung und Anklage anstelle von Beistand und ist gewissermaßen selbst für die Tat des anderen verantwortlich.

Bezogen auf unser erstes Beispiel wird nun der *übermäßig hilfsbereite Therapeut* „verantwortlich“ dafür gemacht, dass es dem Patienten noch nicht besser geht (Der Behandler ist schuld). Damit ist der Patient das „Opfer des unfähigen Therapeuten“ und der Behandler wird auf der Übertragungsebene zum *Täter*. Der Therapeut ist nun in einer paradoxen Situation, denn er wird zum Schuldigen für die Krankheit! Gleichzeitig ist ihm durch das Helfersyndrom aufgelastet, weiterhin hilfsbereit oder dadurch sogar noch hilfsbereiter zu sein. Somit erfährt der Patient ein „Mehr“ an Aufmerksamkeit und Hilfsbereitschaft. Dieses Phänomen kann als *sekundärer Krankheitsgewinn* bezeichnet werden.

Ein wahrlich toxischer Kreislauf! Wieso Kreislauf? Diese Situation ist selten statisch, weil der Behandler dieses hohe Maß an Schuldzuweisung gar nicht dauerhaft ertragen kann. Viele werden dann selbst die Täter-Opfer-Umkehr anwenden und den Patienten dafür verantwortlich machen, dass sie sich so fühlen und der Behandlungserfolg noch nicht eingetreten ist – sei es dem Patienten gegenüber („Wenn Sie nicht anfangen, endlich selbst etwas zu tun, wird es nie besser werden“) oder in Gesprächen mit Kollegen, in welchen der Patient in Misskredit gebracht wird. Sicherlich können Sie sich selbst an solche Gespräche erinnern!? Für eine gewisse Zeit kann so ein „Ventil“ dem Therapeuten „guttun“, da er sich nicht mehr so belastet fühlt. Jedoch wird in der nächsten Behandlung dieselbe Umkehr wieder stattfinden und der Kreislauf beginnt von neuem.

Solch ein Muster kann keine Basis für eine Therapie auf Augenhöhe sein. Es müssen also Mittel und Werkzeuge angewandt werden, die Verantwortlichkeiten in der Behandlung klar zu benennen. Schematisch betrachtet soll es so sein, dass der Patient die Krankheit für die Zeit der Behandlung tatsächlich mit dem Behandler „teilt“ und bearbeitet. Dies setzt ein hohes Maß an Empathie und Bereitschaft beim Therapeuten voraus. Umso wichtiger ist, dass jegliche Verantwortlichkeiten am Ende der Behandlung wieder auf den Patienten übergehen. Findet dies nicht statt und der Betroffene imaginiert einen Teil der Krankheit nach wie vor auf den Therapeuten, lässt dies folgenden

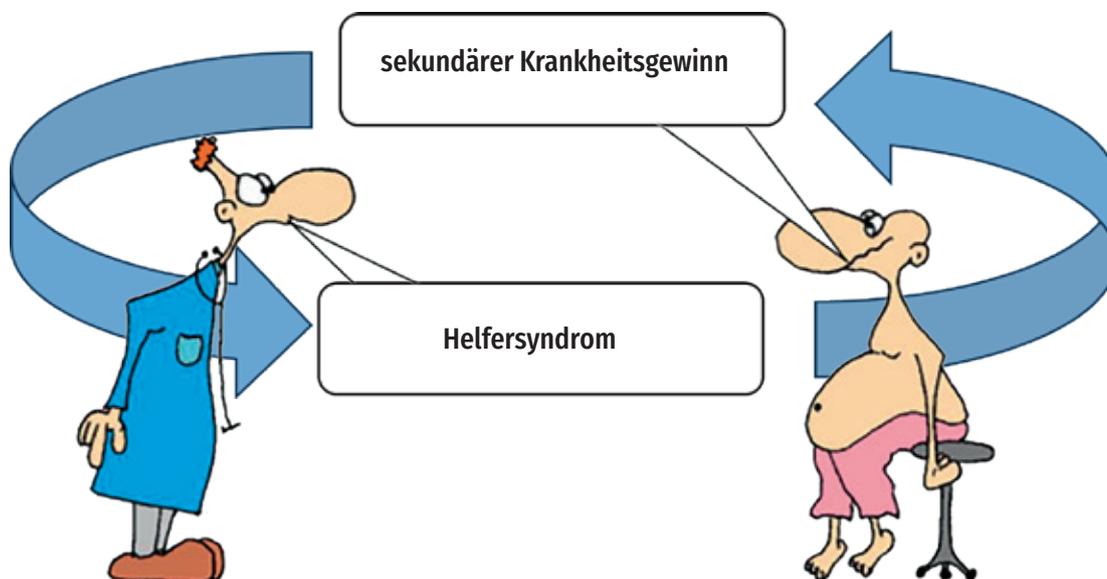
Rückschluss für den Patienten zu: Die Krankheit liegt zum Teil beim Therapeuten, mir geht es noch nicht besser, also ist dieser verantwortlich.

Versuchen wir anhand des eingangs geschilderten Falls von Anfang an zu denken: Klar scheint zu sein, dass der Patient wegen seiner Beschwerden den Therapeuten aufsucht. Im besten Fall empfindet er diesen aufgrund von Empfehlung oder Mundpropaganda bereits von vorherein als *kompetent*.

Der Therapeut darf sein kompetentes Ansehen keinesfalls verlieren, da davon die Compliance des Patienten und ein nicht zu verachtender Teil der Wirksamkeit einer Behandlung abhängt. Sein Verhalten, die Wortwahl und das Therapiesetting sind hier essenziell.

Der Patient entscheidet beim ersten Kontakt mit Ihnen und Ihrer Praxis über den Erfolg oder Misserfolg der Therapie. Studien ergaben, dass die Erwartungshaltung des Individuums einen maßgeblichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Dabei kann die Erwartungshaltung in Form eines Placebos wirken und heilungsfördernd sein. „So haben britische Rheumatologen 198 placebokontrollierte Studien mit Arthropatienten analysiert und gezeigt, dass ein Placebo nicht nur die Schmerzen reduzierte, sondern auch die Funktion verbesserte und die Gelenksteifigkeit verringerte.“ (Breidert & Hofbauer 2010, S. 25)

Jedoch kann, wenn Sie nicht als kompetent eingestuft werden, die Erwartungshaltung des Patienten auch negativ gewichtet sein und sogenannte Noceboeffekte



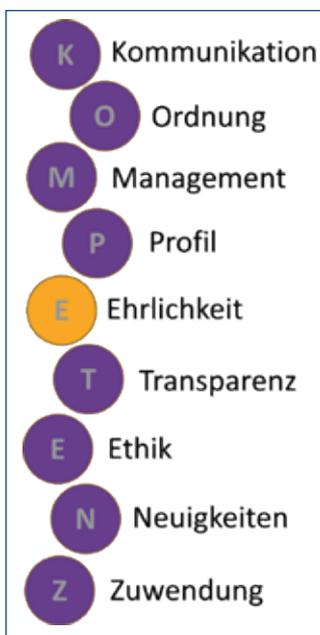
te auslösen. Angst ist für eine negative Erwartungshaltung häufig die treibende Emotion, welche dann Botenstoffe (z. B. Cholezystokinin) ausschüttet und beim Patienten die erwarteten Nebenwirkungen auslöst (Breidert & Hofbauer 2010, S. 25).

Somit wird klar, dass neben der reinen therapeutischen Wirkung auf jeden Fall Placebo- oder Noceboeffekte auftreten. Es sollte das Anliegen des Therapeuten sein, keine Nocebo-Effekte auszulösen.

Schließlich bedeutet Placebo „ich werde gefallen“ (von lateinisch: placebo). Davon kann abgeleitet werden, dass eine Therapie Freude bereiten soll und als sinnvoll und wirkungsvoll empfunden werden muss. Dies geht nur, indem der Therapeut zahlreiche Kompetenzen abdeckt.

3. Die Kompetenz: der Schutz vor dem Nocebo

3.1 Das Kompetenzmodell nach Dierlmeier



Nun stellt sich unmittelbar die Frage, wie die Organisation einer Praxis sein sollte, damit ein möglichst gutes Therapiesetting gelingt. Das nachfolgende Kompetenzmodell soll hier ein paar Ideen geben, die in Ihr persönliches Setting mit einfließen sollen:

► **Kommunikation:**

Eine gute, offene und wertschätzende Kommunikation sollte die Grundlage für jedes Therapiegespräch sein. Ferner müssen alle nennenswerten Umstände, die Behandlung betreffend, klar kommuniziert sein. Dazu gehört unter anderem die Bezahlung der Behandlung oder die Pünktlichkeit zu den Behandlungsterminen.

► **Ordnung:**

Die äußere Ordnung spiegelt die innere Ordnung wider. Achten Sie darauf, dass Ihre Räumlichkeiten aufgeräumt und sauber wirken. Türen sollen stets geschlossen sein, Aushänge aktuell und die Pflanzen gepflegt.

► **Management:**

Letztlich benötigen Sie für jeden Workflow in Ihrer Einrichtung einen Handlungsplan, welcher von allen Playern in Ihrer Institution strikt befolgt wird. Ideen dazu können sein: die Neuaufnahme eines Patienten, ein Hygieneplan, ein Reinigungsplan, das Buchhaltungs- und Mahnwesen oder die Therapie und Terminplanung. Ein Workflow mit Handlungsplänen stellt sicher, dass diese ausgeführt und auch deren Einhaltung überprüft werden können.

► **Profil:**

Was zeichnet Ihre Mitarbeiter und Sie besonders aus? Mit welchen Fähigkeiten und Angeboten heben Sie sich von Mitbewerbern besonders ab? Auf welches Klientel bzw. welche Fachbereiche haben Sie sich spezialisiert? Ist Ihr Profil auch nach außen sichtbar? Sind Visitenkarten, Homepage, Flyer und Aushänge ansprechend sowie im Design Ihres Profils und aktuell?

► **Ehrlichkeit:**

Achten Sie gerade beim Marketing darauf, dass es zum Schluss nicht „mehr Schein als Sein“ erkennen lässt. Wichtiger ist ein ehrlicher und authentischer Umgang mit dem Patienten. Gerade, wenn in diesem Artikel die Rede vom Placebo-Effekt die Rede war, so sollen die Umstände der Erkrankung ehrlich und aufrichtig mit dem Patienten besprochen sein. Auch Ihre innere Haltung zur Behandlung muss ehrlich und aufrichtig sein. Kommunikation ist eben zu einem großen Teil nonverbal.

► **Transparenz:**

Alle Vorgänge im Kontakt mit Ihnen und Ihrer Praxis müssen für den Patienten sichtbar und transparent sein. Es muss klar sein, wann die Rezeption besetzt und die Praxis telefonisch erreichbar ist, zu welchem Zeitpunkt die Behandlungsgebühr bezahlt werden muss und wie der Umgang mit vergessenen oder ausgefallenen Behandlungsterminen stattfindet.

► **Ethik:**

Zu ethischen und moralischen Fragestellungen sollte es in der Praxis eine gemeinsame Haltung geben. Wie gehen Sie mit Terminknappheit um? Welche Patienten haben Vorrang? Ferner sollte klar sein, dass sich der Therapeut politisch korrekt und neutral zu verhalten hat. Das Therapiegespräch hat unter allen Umständen von Seiten des Therapeuten neutral und wertfrei zu sein. Die medizinische Schweigepflicht ist weit strenger als die Datenschutzgrundverordnung. Reden Sie nicht mit Patienten über andere Patienten.

► **Neuigkeiten:**

Ob in Form von Vorträgen, Aushängen oder Gesprächen – der Behandler sollte Neuigkeiten aus seinem Fachbereich berichten können. Zu erwerben ist dieses Wissen u. a. über regelmäßige Fort- und Weiterbildungen oder das Lesen von Fachzeitschriften. Nichts hebt Ihre Kompetenz mehr, als wenn Sie Ihren Fachbereich Up-To-Date begreifen und dies nach außen tragen.

► **Zuwendung:**

Zuwendung sollte als therapeutische Zuwendung verstanden werden. Hier ist es erheblich wichtig, den gebotenen inneren und äußeren Abstand zum Patienten zu behalten und gleichzeitig nicht zu distanzieren und unnahbar zu wirken. Wichtig ist, das richtige Maß an Mitgefühl zum Ausdruck zu bringen. Mitleid ist jedoch fehl am Platz und kontraproduktiv. Echte authentische Zuwendung funktioniert ohnehin nur im geschlossenen und geschützten Raum. Achten Sie darauf, dass Sie bei den Behandlungen nicht durch die Rezeption gestört werden und die Behandlungszeit vollständig mit dem Patienten verbracht werden kann.

4. Die therapeutische (In-)Kontinenz

Ja, genauso ist es zu verstehen! Manche Therapeuten sind inkontinent! Sie können also ihr Eigenes nicht bei sich behalten. Hier ist nicht der Urin, sondern sind Fakten des Privatlebens gemeint. Ein guter Therapeut benötigt eine höfliche Distanz zum Patienten. Dazu gehört unter anderem, möglichst lange beim „Sie“ zu bleiben und keine privaten Kontakte mit den Patienten zu pflegen. Auch Terminvereinbarungen sollten den offiziellen Kontaktwegen folgen und nicht etwa über einschlägige Messenger oder soziale Medien stattfinden. Die Patienten sind Ihre Klienten und nicht Ihre Freunde. Ein Therapeut sollte dem Patienten den (Therapie-)Raum für seine Belange zur Verfügung stellen und nicht behandlungsfüllend von seinen eigenen Wochenendplänen erzählen. Der Therapeut gibt den virtuellen und realen Raum und der Patient füllt diesen mit seinen Belangen. Nur dadurch kann sich das konkrete und oft dahinterliegende Problem manifestieren. Würde sich der Therapeut nicht in stetiger Kontinenz üben, würden sich die Aspekte des Therapeuten und diejenigen des Patienten verflechten und eine undurchschaubare Mischung ergeben. Dies widerspricht dem Grundanspruch an Therapie.

5. Was ist Therapie?

Therapie (altgriechisch *therapeia*: „Dienst“, „Pflege“, „Heilung“, „Behandlung“) beschreibt einen Prozess, der mit viel Zeit und einem langen Weg verbunden ist. Die Therapeutik (Heilkunst) hatte ursprünglich die Harmonisierung eines entgleisten Säftegleichgewichts im Organismus zum Ziel (Gerabek 2005, S. 486). Daraus geht hervor, dass Therapie vorhandene Ungleichgewichte ausgleichen soll, also nicht selbst etwas einbringt oder verändert.

Zu einem sinnvollen Therapiekonzept gehört, dass ein Weg gezeichnet werden kann. Dabei stellt sich die Frage: „Wer begleitet wen?“ Die meisten Therapeuten würden nun antworten: „Ich bin der Spezialist, und der Patient folgt mir und meinen Ratschlägen.“ Das wäre falsch. Der Therapeut begleitet vielmehr seinen Patienten mit dessen individuellen Ansprüchen.

Das Wort *Therapeut* kann in der ursprünglichen Definition als „Diener“ verstanden werden. Der Behandler kann selbstverständlich Empfehlungen aufgrund seiner fachlichen Ausbildung geben. Jedoch liegt die Entscheidung, an der Weggabelung nach links oder rechts zu gehen, stets beim Betroffenen. Dieser Prozess benötigt Zeit. „Besonders dann, wenn ein Therapeut schnell denkt und eine rasche Auffassungsgabe hat, wird er bei langsamen Patienten zu Ungeduld neigen.“ (Gandras 2021, S. 102)

Sich in Geduld zu üben ist Ausdruck von Wertschätzung. Streng genommen kann erst durch Geduld eine Reflexion und durch die Reflexion eine Heilung von innen heraus entstehen. Erst dann kann eigene Verantwortung für die Krankheit und deren Besserung oder Akzeptanz übernommen werden – ganz ohne eine Täter-Opfer-Umkehr.

Nun dürfen diese Ausführungen keinesfalls so verstanden werden, dass der Therapeut der „Diener“ für alles wäre. Vielmehr bilden Therapeut und Patient eine kommunikative Einheit nach einem festen Setting.

6. Die Rettung: das therapeutische Setting

Im Gegensatz zu Beratungsstellen, bei welchen Klienten wegen konkreter Beratungsthemen einen Termin vereinbaren, ist in der therapeutischen Praxis zunächst die Behandlung der meist körperlichen Hauptstörung angezeigt. Jedoch sind mit dem Problem verbundene persönliche Themen und Konflikte oft

erheblich bedeutend, um das konkrete Thema zu entdecken (Büttner & Quindel 2013, S. 90).

Sicher haben Sie sich beim Lesen dieses Artikels gedacht: Wie soll ich das alles in der Praxis umsetzen? Zugegebenermaßen sind die Spezialisten für diese Thematik Psychologen und Psychotherapeuten.

Für den (Körper-)Therapeuten ist ein Stück Verhaltenstherapie dennoch unerlässlich. Im Seminar können Sie brauchbare Werkzeuge für ein strenges Setting erlernen, um alle Aspekte der therapeutischen Kompetenz zu erfüllen. Das vereinbarte Setting soll nicht verhandelbar sein und ist von allen Akteuren peinlich genau einzuhalten. Im Bruch des Settings merkt der Behandler schnell, dass andere unbewusste Mechanismen am Werk sind, welche den Behandlungserfolg negativ beeinflussen können.

Viktor Frankl hat dies treffend bezeichnet: „Im Gegensatz zum Tier sagen dem Menschen keine Instinkte, was er muss und dem Menschen von heute sagen keine Traditionen mehr, was er soll und oft scheint er nicht mehr zu wissen, was er eigentlich will.“ (Frankl 2015, S. 16) Ein therapeutisches Setting regelt klar, welche Rolle die einzelnen Akteure in der Therapie spielen und welche Pflichten von jedem zu erfüllen sind. Selbst der berühmte Philosoph Immanuel Kant sagte, dass Glückseligkeit die Folge von Pflichtbeobachtung sei.

Es scheint bewiesen, dass die Bereitschaft, etwas zu tun, schon heilende Effekte auslöst – und damit auch die Bereitschaft zu einer Therapie! Ein sinnvolles, kompetentes Miteinander zwischen Patient und Therapeut sollte das Ziel in jeder Therapiestrategie sein, um die Motivation für den Therapieweg aufrecht zu erhalten.

Literatur:

Beattie, P. F., Pinto, M. B., Nelson, M. K. & Nelson, R. (2002): Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation. *Physical Therapy*, 82(6), 557–565. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.6.557>.

Breidert, M. & Hofbauer, K. (2010): Placebo: Missverständnisse und Vorurteile. *Osteopathische Medizin*, 11(3), 14–18. <https://doi.org/10.1016/j.ostmed.2010.03.001>.

Büttner, C. & Quindel, R. (2013): Gesprächsführung und Beratung: Sicherheit und Kompetenz im Therapiegelgespräch (2. Auflage). Heidelberg: Springer.

Frankl, V. E. (2015): Psychotherapie für den Alltag: Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Kreuz-Verl.

Gandras, G. (2021): Die therapeutische Beziehung in der Psychotherapie: Vom Erstgespräch bis zum Therapieabschluss. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62112-7>.

Gerabek, W. E. (2005): Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin: Walter de Gruyter.

Der Autor:



Daniel Dierlmeier

Physiotherapeut, Heilpraktiker, Osteopath D.O., Kinderosteopath, Master of Science in clinical Psychology, Dozent, Autor und Publizist, Leitung des Zentrums für osteopathische Medizin (ZfOM)

Geschäftsführer der mediABC GmbH – dem Fortbildungsinstitut für medizinische und therapeutische Berufe

Dr.-Adam-Voll-Str. 1

93437 Furth im Wald

Daniel.dierlmeier@gmx.de

www.dierlmeier.de

Fortbildungstipp:

Psychologie und Pädagogik in der Therapie
-Dierlmeier Konzept (Online und Präsenz)

Stichwörter:

- Verhaltenstherapie für Therapeuten
- Therapiesetting
- Therapeut-Patient-Verhältnis