

Witz

Ein Mensch fragt: „wo geht es denn hier zum Bahnhof?“

Es antworten:

- ein Sozialpädagoge: Ich weiß nicht, aber lassen Sie uns darüber reden.
- Ein Sozialarbeiter: Keine Ahnung, aber ich fahr dich schnell hin.
- Ein Gesprächspsychotherapeut: Sie möchten wissen, wo der Bahnhof ist?
- Ein Tiefenpsychologe: Sie wollen verreisen.
- Ein Verhaltenstherapeut: Heben Sie Ihren rechten Fuß. Schieben Sie ihn vor. Setzen Sie in jetzt auf. Sehr gut! Hier haben Sie ein Bonbon.
- Ein Gestaltherapeut: Du, laß das voll zu, dass Du zum Bahnhof willst.
- Ein humanistischer Psychotherapeut: Wenn Du da wirklich hin willst, wirst du den Weg auch finden.
- Ein Psychoanalytiker: Sie meinen dieses lange, dunkle Gebilde, wo die Züge rein und raus, rein und raus fahren?

Sammlung der Einfälle der Kandidaten ca. 5 min

meint die grundsätzliche Einstellung, nicht die Technik, aber natürlich muss die Technik mit der Haltung vereinbar sein.

Offenheit

Begleitung

Neugier

Empathie

Teilnahme an einem zwei Personenstück in dem beide Akteure sind

Ich habe in der Vorbereitung dieses Seminars mal wieder meine Freudausgabe herausgeholt und in den behandlungstechnischen Schriften gelesen. Und ich muss zugeben, ich war wieder beeindruckt von seiner Sprache und mir ist noch einmal sehr präsent geworden, was eigentlich der zentrale Unterschied der psychodynamischen Therapie zu eigentlich allen anderen Verfahren ist: Es ist natürlich die zentrale Rolle die das Unbewusste im Denken einnimmt. Ich möchte lieber sagen: die unbewusste Prozesse und Dynamiken einnehmen. Das Unbewusste ist kein Ort, es ist eine Funktionsweise unseres Gehirns. Und die zentrale Überzeugung, das Therapie in unserem Sinne diese unbewussten Dynamiken verändert. Was muss die Therapeut:in tun – oder lassen – damit sich die unbewusste Dynamik in der therapeutischen Situation mitteilen kann. Das ist die zentrale Frage und die Antwort ist die therapeutische Haltung, mit der wir in unsere Stunden mit den Patienten gehen.

Freud beginnt seine Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung mit Überlegungen dazu, wie sich der Analytiker all das Material, das er von seinen verschiedenen Patienten erzählt bekommt, merken soll. Und in diesem Kontext bringt er seinen Begriff von der gleichschwebenden Aufmerksamkeit ins Spiel.

Folie

Spannend das Freud hier eine besondere Art des Zuhörens in den Mittelpunkt stellt und damit deutlich macht, dass ohne diese besondere Art des Zuhörens kein Verständnis des Patienten möglich ist. Und für mich ist dies der tiefe Sinn dieser Regel und auf das Zuhören möchte ich auch wieder zurückkommen.

Folie 3 und 4

Wie verträgt es sich mit dem Therapieauftrag, wie mit therapeutischen Zielen?

Was bleibt von dieser Art des Zuhörens wenn ich tiefenpsychologisch fundierte Therapie mache und einen bestimmten Fokus habe? Und wie geschieht diese Kommunikation von unbewusst zu unbewusst? Bevor wir diese Fragen diskutieren, zunächst zurück zu Freud.

Es folgen aber weitere Bestimmungen der Haltung, die eng verknüpft sind mit dem Freudschen Verständnis des Therapieprozesses, denn das Unbewusste soll sich ja nicht nur zeigen, es soll auch einen Prozess durchlaufen. Hier erinnere ich an den klassischen Satz von Freud: wo Es ist soll Ich werden.

Folie 5,6,7

Die Spiegelmetapher: Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine **Spiegelplatte** nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird.

(Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, S. 178)

Anonymität

Zerrbild des unlebendigen, maskenhaften, ritualisierten Analytikers

Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den **Chirurgen** zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt, die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen. Für den Psychoanalytiker wird unter den heute waltenden Umständen eine Affektstrebung am gefährlichsten, der therapeutische Ehrgeiz, mit seinem neuen und viel angefochtenen Mittel etwas zu leisten, was überzeugend auf andere wirken kann. S. 175

Neutralität

kein narzisstischer Ehrgeiz

Seine Arbeit der Konstruktion, oder wenn man es so lieber hört, der Rekonstruktion, zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit der eines **Archäologen**, der eine zerstörte oder verschüttete Wohnstätte oder ein Bauwerk der Vergangenheit ausgräbt (...). Aber wie der Archäologe aus stehengebliebenen Mauerresten die Wandungen des Gebäudes aufbaut, aus Vertiefungen im Boden einstigen Wandverzierungen und Wandgemälde wiederherstellt, genauso geht der Analytiker vor, wenn er seine Schlüsse aus Erinnerungsbrocken, Assoziationen und aktiven Äußerungen des Analysierten zieht.

Freud, Konstruktionen in der Analyse, 1937, S. 396

Abstinenz

keine Verunreinigung der Grabungsstätte

Diese Metaphern dienten Freud dazu, die von ihm geforderte therapeutische Haltung zu illustrieren, die dann lange Jahre als analytische Haltung kodifiziert war. Zu diesen Prinzipien kommen wir gleich, aber etwas anderes wird in diesen Zitaten sehr deutlich: der Analytiker ist ein Beobachter, ein Außenstehender der möglichst objektiv den Patienten begegnet. Orientierung an dem damaligen Wissenschaftsverständnis, ein-Personen-Psychologie. Von diesem Ideal sind alle analytischen Schulen und auch die davon abgeleiteten Theorien inzwischen abgerückt, wir sprechen von der intersubjektive Wende und verstehen, dass der Therapeut immer ein Mitspieler ist und der Prozess nicht verstanden werden kann, wenn die wechselseitige Beeinflussung nicht untersucht wird. Dennoch scheint es mir wichtig, diese „klassische“ analytische Haltung und ihre Verknüpfung mit einer bestimmten Auffassung des analytischen Prozesses zu reflektieren und in einer kritischen Reflexion Wert und Begrenzung zu verstehen.

Also, die klassische Definition der analytischen Haltung beinhaltet drei Prinzipien:

Abstinenz

Anonymität

Neutralität

Lassen Sie uns zunächst verstehen, was die Bedeutung und den Sinn dieser Begriffe ausmacht, wozu sie konzipiert wurden.

Abstinenz

Sammeln zu Verständnis von Abstinenz 5 min

Noch einmal vergegenwärtigen, was Abstinenz für Freud bedeutete:

Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden.“

„Der Kranke sucht vor allem die Ersatzbefriedigung in der Kur selbst, im Übertragungsverhältnis zum Arzt und kann sogar danach streben, sich auf diesem Wege für allen ihm sonst auferlegten Verzicht zu entschädigen. Einiges muss man ihm ja wohl gewähren, mehr oder weniger, je nach der Natur des Falles und der Eigenart des Kranken. Aber es ist nicht gut, wenn es zu viel wird. Wer als Analytiker etwa aus der Fülle seines hilfsbereiten Herzens dem Kranken alles spendet, was ein Mensch vom anderen erhoffen kann, der begeht desselben ökonomischen Fehler, dessen sich unsere nicht analytischen Nervenheilstätten schuldig machen. Diese streben nichts anderes an, als es dem Kranken möglichst angenehm zu machen, damit er sich dort wohlfühle und gerne wieder aus den Schwierigkeiten des Lebens seine Zuflucht dorthin nehme. Dabei verzichten sie darauf ihn für das Leben stärker, für seine eigentlichen Aufgaben leistungsfähiger zu machen. In der analytischen Kur muss jede solche Verwöhnung vermieden werden. Der Kranke soll, was sein Verhältnis zum Arzt betrifft, unerfüllte Wünsche reichlich übrig behalten. Es ist zweckmäßig, ihm gerade die Befriedigungen zu versagen, die er am intensivsten wünscht und am dringendsten äußert.“

Diskussion des Zitats

sekundärer Krankheitsgewinn Patienten, die hohe narzisstische Befriedigung aus der Therapie ziehen (also nicht nur Triebgewinn), aber auch ein verborgenes pädagogisches Ideal „keine Verwöhnung“ – hat lange Auswirkungen: nicht die besseren Eltern sein zu wollen

Die Frustration von Triebwünschen und an Stelle der Befriedigung deren Deutung als oberstes technisches Prinzip ist in diesem Begriff kondensiert. es ist vor allem ein technisches Prinzip, das einen Teil des Kerns analytischer Identität bildet. Dennoch muss hier die Frage gestellt sein, was unter dem Ideal der Abstinenz abgewehrt werden kann und was unter dem Ideal der Abstinenz nicht verstanden und gesehen werden kann. Dazu ist es wichtig, sich klar zu machen, dass der Patient sich in der analytischen Behandlung nicht nur mit seinen Triebwünschen auseinandersetzt, sondern dass es andere Bedürfnisse gibt, die respektiert, angenommen und auch erfüllt werden müssen. Die Selbstpsychologie hat diese Bedürfnisse mit dem Begriff der Selbstobjektbedürfnisse beschrieben – also eben z.B. dem Bedürfnis nach Annahme und Akzeptanz der eigenen Subjektivität. Oder nehmen wir das Bedürfnis nach Sicherheit. Dieses ist ein grundlegendes Bedürfnis und ich denke jeder Analytiker, egal welcher Schule trägt aktiv dafür Sorge, dieses Bedürfnis zu erfüllen. Unsere Betonung der Bedeutung des sicheren Rahmens ist ja genau das. Der Patient, der sich nicht sicher fühlt, kann nicht analytisch arbeiten.

Unter dem Ideal der Abstinenz fürchten wir uns davor, Wünsche des Patienten zu erfüllen und damit das zu tun, was als Gegenübertragungsgagieren verstanden wird. Dabei verstehen wir heute besser, dass auch die Nichterfüllung ein Gegenübertragungsgagieren sein kann, und dass unsere Therapieform immer mit Gegenübertragungsgagieren einhergeht und es nicht per technischer Anweisung verhindert werden kann. Es geht nicht darum es zu verhindern, sondern es zu erkennen und für das Verständnis des Prozesses zu nutzen.

Die ganze Thematik der „Geschenke“ der „Verführung“ gehört in dieses Thema.

Und natürlich hat die Abstinenzregel auch den Sinn zu verhindern, dass ein Therapeut seine (Trieb)bedürfnisse zu Lasten seiner Patienten auslebt.

Und eben auch nicht nur der Triebbedürfnisse, sondern auch der narzisstischen Bedürfnisse.

D.h. z.B. bei der Frage, nehme ich ein Geschenk an, tue ich dies weil es meiner Überzeugung nach der therapeutischen Beziehung dient (z.B. indem ich eine kränkende Zurückweisung vermeide, die eine zu große Verunsicherung oder Scham beim Patienten auslösen würde) oder vermeide ich damit einen Konflikt aus eigener Angst (vom Patienten dann vielleicht nicht mehr „gemocht“ zu werden).

Anonymität

Meinem Eindruck nach ist der Glaube auf diese Weise Patienten helfen zu können, durchaus verbreitet. Und meinem Eindruck nach schätzen Patienten dies gar nicht. Ich wage nicht zu beurteilen, ob es bestimmte Therapieverfahren gibt, die besonders zu dieser Haltung verleiten oder ob es Begriffe sind, die ihre Wirkung entfalten. z.B. der Begriff Modellcharakter. Ich glaube auch, dass wir Modellcharakter für Patienten haben, aber nicht indem was wir über uns erzählen, sondern indem was wir in der Therapie tun.

Neutralität

Es ist die Aufgabe des Analytikers, Unbewusstes bewusst zu machen, gleichgültig welcher Instanz dieses Unbewusste angehört. Der Analytiker richtet seine Aufmerksamkeit gleichmäßig und objektiv auf alle drei Instanzen, soweit sie unbewusste Anteile enthalten; er verrichtet seine Aufklärungsarbeit, wie man mit einem anderen Ausdruck sagen könnte, von einem Standpunkt aus, der von Es, Ich und Über. Ich gleichmäßig distanziert ist. (Anna Freud, 1936)

Das sogenannte Neutralitätsgebot muss (.....) als Ausdruck einer bestimmten Werthaltung der therapeutischen Arbeit betrachtet werden. Dieser Werthaltung entspricht es z.B. dass Indoktrination des Patienten ausgeschlossen ist. Diese Werthaltung ist, wie wahrscheinlich andere Werthaltungen auch, nicht nur persönlichkeitspezifisch, sondern auch situationsspezifisch. In der Psychoanalyse sind sie geknüpft an die die Tatsache, dass das Verstehen des unbewussten Konflikts Vorrang hat vor anderen Interessen. Wenn Analytiker und Patient sich darauf einigen, diese Aufgabe und die daran geknüpften Wertvorstellungen vorrangig zu verfolgen, dann treten andere Wertvorstellungen und andere Bewertungsunterschiede in ihrer Bedeutung zurück. Natürlich ergibt sich dadurch keine Wertfreiheit im philosophischen Sinn: aber es entsteht etwas, das man einen offenen Raum nennen kann, der gekennzeichnet ist durch den Pluralismus konkreter Wertvorstellungen. Die Etablierung eines solchen Raumes ohne Abwertung erscheint uns für das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient von eminent wichtiger Bedeutung. Sie gibt dem Patienten die Sicherheit, sich Regungen und Gedanken zu stellen, deren er sich schämt, bzw. für die er sich schuldig fühlt. Thomä und Kächele, Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band II, S. 327

Beispielkonstruktionen: Libidinöser Wunsch einer Patientin und ihrem strengen Über-Ich, das ihr diesen Wunsch verbietet und entsprechend Schuldgefühle auslöst.

Ein Patient, dessen Ich-Ideal von Stärke ihm jedes Einräumen von Schwäche versagt, der sich aber gleichzeitig in einer Überforderungssituation befindet und daran erkrankt.

Also, es geht darum den Patienten in seinem eigenen Wertsystem zu verstehen, dessen Funktion und Geschichte gemeinsam zu bearbeiten und nicht ein eigenes Wertsystem dagegen zu setzen. In der Realität der Behandlung erscheint dies aber ein Ideal.

Was soll dieser Grundsatz gewährleisten?

Einen Raum zu schaffen, indem der Patient die Freiheit und die Sicherheit hat, seine eigenen Beweggründe zu verstehen und eigene neue Lösungen zu finden. Es verteidigt quasi einen weiteren impliziten Wert des psychoanalytischen Menschenbildes, den der Autonomie. Und es geht natürlich von der Wirkvorstellung aus, dass nur das Aufdecken der unbewussten Motivation zu einer Heilung führt. Und dass das Aufdecken des Unbewussten nur in der Haltung der Neutralität möglich ist. Die Bedeutung dieser Haltung für die klassische Psychoanalyse ist mir in einem workshop mit Kernberg noch einmal deutlich geworden, der immer wieder betonte, dass er seine Interventionen selbstverständlich aus einer technisch-neutralen Position heraus vornehmen würde. Aber gerade dort wurden für mich die Gefahren dieses Ideals deutlich und die Funktion die sie zu Abwehrrzwecken einnehmen kann. Neutralität in diesem Sinne, oder technisch neutral zu sein, wie Kernberg formuliert, beschreibt gleichzeitig den Analytiker in einer Position, die unlöslich verbunden ist mit der Vorstellung, der Analytiker könne objektiv sein. Um zu wissen, wann ich technisch neutral bin, muss ich einen Standpunkt außerhalb des Geschehens einnehmen können, der mir erlaubt zu beurteilen, wie weit ich jeweils von Es – Ich – Über-Ich entfernt bin. Ich muss mich definieren als jemand, der den Prozess objektiv beurteilen kann und damit verliere ich meines Erachtens die Möglichkeit, mich als subjektiver Partner in der analytischen Beziehung reflektieren zu können. D.h. auch, dass die Idealbildung in diesem Sinne die Reflektion der impliziten und der versteckten Wertvorstellungen und Normen verhindert wird, sowohl die der angewandten Theorie innewohnenden als auch der persönlichen. In diesem Sinne kann es der Abwehr der Möglichkeit des Nicht-Wissens mit seiner tiefen Beunruhigung dienen.

Außerdem gibt es Grenzen der Neutralität, in denen wir nicht einen wertoffenen Raum bereitstellen müssen, sondern gefragt sind regulierend einzugreifen. Mit den Worten von Thomä und Kächele: Die Grenzen der Wertoffenheit werden auch sichtbar, wenn der Patient innerhalb oder außerhalb der therapeutischen Situation so handelt, dass die Betrachtung nicht mehr auf seelische Konflikte beschränkt werden kann. Spätestens dann, wenn Patienten brutal oder grob rücksichtslos gegen sich selbst oder gegen Menschen ihrer sozialen Umgebung handeln, ist Neutralität nicht mehr zu verantworten, hier müssen dann vom Therapeuten Grenzen gesetzt werden, bis der Patient von sich aus in der Lage ist, die Verzerrung seiner Wertsysteme zu erkennen und zu korrigieren. (S. 328)

Wir die drei Konzepte Abstinenz, Neutralität und Anonymität betrachtet, die lange Zeit als die Grundelemente analytischer Haltung bezeichnet wurden. Ich habe versucht zu zeigen, wie diese Begriffe auch in ihrer wissenschaftshistorischen Herkunft gesehen und verstanden werden müssen und dass das veränderte Verständnis des therapeutischen Prozesses als intersubjektives Geschehen eine Überprüfung oder eine Neudefinition nötig machen. Ich habe Ihnen deshalb noch ein Zitat von Merton Gill mitgebracht, der dies für die Neutralität versucht. Für diejenigen unter Ihnen, die an der Veränderung analytischen Denkens und Technik interessiert sind, empfehle ich sein Buch: Psychoanalyse im Übergang.

Folie16

Es hat sich aber nicht nur die analytische Theorie (Meta- und klinische) verändert, sondern auch die Vorstellungen davon, wie Therapie wirkt. Das klassisch analytische Verständnis: Veränderung durch (emotionale) Einsicht durch Deutung der unbewussten Phantasien und Konflikte (wo Es war soll Ich werden) - die eben auch eng verknüpft ist mit z.B. der ursprünglichen Vorstellung von Abstinenz - ist durch die Psychotherapieforschung in Frage gestellt worden. Alles was jenseits des Deutens lag wurde zwar manchmal als notwendig angesehen (Freud: das reine Gold der Analyse) aber als nicht eigentlich analytisch. Fruchtloser Streit was ist „tendenzlose“ Analyse, was ist analytische Psychotherapie oder was ist gar supportive analytische Therapie. Wie fragwürdig diese Einteilung und Gegenüberstellung war, zeigte ein großes Forschungsprojekt verbunden mit dem Namen Robert S. Wallerstein. Kurz gesagt erwies sich der Glaube in spezifische Behandlungsmethoden gegenüber den unspezifischen Behandlungsmethoden als unsinnig. Für die Vorhersage des Erfolgs war das unspezifische Charakteristikum der „therapeutischen Beziehung“ sehr viel wichtiger. Womit sich die Frage stellt, warum soll die therapeutische Beziehung ein unspezifischer Wirkfaktor sein, ich glaube mit dem Hintergrund von unbewussten Übertragungen war und ist die analytische Theorie sehr viel besser gewappnet den Charakter der therapeutischen Beziehung zu verstehen und zu nutzen. Aber er bedeutet auch hier eine Verschiebung des Fokus.

Folie 12

Dieses Zitat stammt von Christopher Bollas und zeigt den Paradigmenwechsel.

Angesichts dieser Veränderungen in den Konzepten des therapeutischen Prozesses, wie könnte die Beschreibung der optimalen therapeutischen Haltung aussehen?

Welche Beschreibung des „richtigen“ Zuhörens ist heute nötig? Wenn Freud die Metapher des Telefons benutzt, wie stellt er sich die Aufnahme des Unbewussten vor? Das Unbewusste des Therapeuten scheint bei ihm nur ein empfangendes und verarbeitendes zu sein, noch kein sendendes. Aber selbst dann muss ein Teil der Aufmerksamkeit auf sich selbst gerichtet sein, um die Abkömmlinge dieses Unbewussten – also auftauchende Bilder, Einfälle und Stimmungen – wahrzunehmen. Also finden wir schon bei Freud die doppelte Aufgabe, sich selbst zuzuhören und dem Patienten zuzuhören. Also das Zuhören ist nicht immer gleich, es bewegt sich, oszilliert. Und offensichtlich oszilliert es zwischen zwei Polen (im Gegensatz zu dem Bild der freischwebenden Aufmerksamkeit).

Welche Pole? Beim anderen sein – nicht bei ihm sein, wo bin ich dann?

Einfühlung/Nichteinfühlung oder stellvertretende Introspektion und Introspektion

Folie 15

Einfühlung = Empathie → empathische Wahrnehmungseinstellung = zentrale Aufgabe des Therapeuten die subjektive Welt des Patienten zu verstehen.

Folie 16

Leider kann ich ihnen den Autor nicht nennen, aber es ist sicherlich eine selbstpsychologische Sicht und für mich ist es das Zentrum der hilfreichen therapeutischen Beziehung. Warum eine Selbstpsychologische Sicht? Weil die Selbstpsychologie Empathie eine zentrale Stelle im der Therapie einräumt.

Die zentrale Aufgabe des Therapeuten in AP und TP ist es, die subjektive Welt des Patienten zu verstehen und die Haltung ist definiert als der dauerhafte Versuch eine empathische Wahrnehmungseinstellung einzunehmen und diese zum Ausgangspunkt von Interventionen und Deutungen zu machen. Insbesondere ist es wichtig immer wieder herauszuhören, wie der Patient den Therapeuten erlebt. Und besonders dann, wenn negative Affekte im Im- oder Expliziten auftauchen ist es notwendig, diese zum Gegenstand gemeinsamer Untersuchung zu machen.

Empathie ist nicht Sympathie und Empathie kann missbraucht werden. Und weil das so ist, wird es auch Patienten geben, die auf Empathie mit Angst oder Wut reagieren. Wer sadistisch behandelt wurde hat gelernt, dass der andere empathisches Verstehen nutzt um zu quälen. Das muss dann in der Behandlung wiederum verstanden werden.

Dasein – Offensein waren weitere Einfälle von Ihnen. Und wir haben gesehen, das Dasein muss eine bestimmte Qualität haben, nämlich den anderen in seiner inneren Welt verstehen zu wollen. Darin versteckt sich meines Erachtens noch eine andere wichtige Haltung: die der Neugier. Ich glaube, dies eine ganz wichtige Eigenschaft eine guten Therapeuten. Unsere Grundhaltung sollte die der Exploration sein, womit nicht Fragen gemeint ist, sondern eben die Offenheit und die Akzeptanz des (noch)nicht Wissens.

Ich weiß nicht wie Sie es sehen. Aber für mich ist dies eine der grundlegenden Unterschiede, die unsere Therapieformen von z.B. der Verhaltenstherapie unterscheidet und deshalb machen mir auch Manual geleitete Therapieansätze immer wieder Bauchschmerzen. Sie setzen den Therapeuten in eine Position des Wissenden – was von manchen Patienten ja auch gesucht wird.

Natürlich können wir nicht naiv so tun, als hätten wir kein Wissen oder keine Zielvorstellungen. Und sie müssen ja auch im Antrag darlegen, wie Sie zum „Ziel“ kommen wollen. Und es ist auch gut Vorstellungen von der inneren Welt und den Stärken und Schwächen unserer Patienten zu haben. Es ist richtig, wenn Sie z.B. einer Borderline Patientin mit mentalisierungsbasierten Interventionen helfen ihre Mentalisierungsfunktion zu entwickeln. Es ist richtig durch Exploration des Erlebens Patienten zur Affektdifferenzierung zu helfen. Gerade wenn es um strukturell gestörte Patienten geht, stehen solche Ziele ja berechtigterweise im Zentrum. Was bedeutet das vor dem Hintergrund des vorher gesagten? Für mich bedeutet es, dass wir mit unserem Zuhören beim Erleben des Patienten bleiben und im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung um dann aber eben auch wieder in eine distanziertere Position zu oszillieren, die uns dann bei unseren Interventionen auch mitleidet. Es ist dies, was unter dem Begriff der therapeutischen Ich-Spaltung beschrieben wurde.