

# Grundlegende therapeutische Techniken\*

## (Basic Techniques)

*Eric Berne*

Die therapeutischen Verfahren, die die Methodik der Transaktions-Analyse (TA) bilden, gliedern sich in acht Kategorien. Diese haben eine klare logische Reihenfolge, die jedoch in der klinischen Praxis nicht immer eingehalten werden kann. Bei diesen Verfahren unterscheidet man zwei generelle Arten: Eingreifen (Intervention) und Einschalten (Interposition).

### Typen therapeutischer Verfahren

#### *Befragung*

Der Therapeut benutzt Befragung hauptsächlich, um Punkte zu klären, die klinisch bedeutsam erscheinen („Hast du das Geld tatsächlich gestohlen?“). Auf das Erwachsenen-Ich (ER) des Patienten wirken Befragungen als Herausforderung zu denken, sie ähneln darin Konfrontationen. Gleichzeitig nimmt das ER sie als Hinweise, in welche Richtung der Therapeut zu gehen wünscht. Das Eltern-Ich (EL) des Patienten mag das Thema vermeiden durch Äußern von Vorurteilen, Dogmen oder Klischees („Jeder muß selbst sehen, wo er bleibt“) oder mag sich mit dem falsch verstandenen Therapeuten durch Selbstanklage verbünden („Es ist dumm, sich so zu benehmen, nicht wahr?“) oder sich durch lautstarke Leugnung gegen ihn stellen („Es ist lächerlich anzunehmen, ich würde so etwas tun“). Das Kind-Ich (K) des Patienten mag unterwürfig oder sich verteidigend die Wahrheit antworten, oder es mag ein Spiel anfangen durch ungenaues, tangentiales, paradoxes oder falsches Antworten.

**Benutze** Befragung, wenn du sicher bist, daß das ER des Patienten antworten wird.

**Benutze** die einfache Befragung **nicht**, wenn wahrscheinlich das EL oder K des Patienten antworten wird.

**Benutze** Befragung **manchmal**, um zu testen, welcher Teil von ihm antwortet, oder um herauszufinden, wie er auf eine spezielle Frage antworten wird.

**Warnung:** Versuche nicht mehr Informationen zu bekommen, als für den augenblicklichen Zweck nötig sind. Sonst wirst du erleben, daß der Patient glücklich das Spiel „psychiatrische Krankengeschichte“ zu spielen anfängt.

---

\*) Deutsche Übersetzung des 11. Kapitels aus „Principles of Group Treatment“

## Spezifizierung

Spezifizierung ist eine Erklärung von seiten des Therapeuten, um gewisse Informationen auf den Begriff zu bringen. Sie kann zustimmend sein („Du wolltest also schon immer teure Dinge kaufen“), dann entspricht sie ungefähr der non-direktiven Methode, oder informativ („Das ist wieder das kleine Mädchen in dir“). Dadurch soll eine bestimmte Information bei ihm und beim Patienten verankert werden, so daß später bei entscheidenderen therapeutischen Operationen darauf Bezug genommen werden kann. Die Wirkung auf den Patienten ist ähnlich wie die der Befragung : Erwachsenen-Ich : („Das ist interessant, ich habe darüber bis jetzt noch nicht nachgedacht“); Eltern-Ich : („Das ist sehr unreif“ oder „Es ist lachhaft, so etwas zu sagen“); Kind-Ich: („Du hast wieder mal recht“ oder „Das stimmt nicht ganz“).

**Benutze** die Spezifizierung, wenn damit zu rechnen ist, daß der Patient später leugnen wird, etwas Bestimmtes gesagt oder gemeint zu haben, oder als Vorbereitung für eine Erklärung.

**Benutze** die Spezifizierung **nicht**, wenn sie das K des Patienten erschreckt („Ich schließe daraus, Gene, daß du schon immer sexuelles Interesse an anderen Männern hattest“).

**Benutze** die Spezifizierung **manchmal**, um herauszufinden, ob der Patient ein entschlossener Vermeider ist, oder um zu sehen, wie weit du gehen kannst, ohne sein K zu erschrecken („So, Gene, in beiden Fällen hast du es abgelehnt, daß er sein Mädchen mitbringen durfte“).

**Wumung:** Spezifiziere nicht etwas, was noch nicht spezifiziert wurde, sonst könnte der Patient ermutigt werden, das Spiel „Psychiatrie des psychoanalytischen Typs“ zu spielen („Ja, ich bin immer schon masochistisch gewesen“).

## Konfrontation

Bei der Konfrontation benutzt der Therapeut früher erarbeitete und spezifizierte Informationen, um des Patienten EL, K oder kontaminiertes ER zu beunruhigen, indem er einen Widerspruch aufzeigt. Der Patient wird dadurch aufgestört, und seine Psyche wird dadurch aus der Balance gebracht, was zu einer Neuverteilung der psychischen Energie führen kann. Wenn diese Neuverteilung deutlich den unangemessenen Ich-Zustand stärkt, der sowieso schon die Herrschaft hat, dann ist die Konfrontation zur falschen Zeit vorgenommen oder falsch verbalisiert worden. Das therapeutische Ziel ist stets, den ungetrübten Teil des ER des Patienten mit Energie zu besetzen. Daß das Ziel erreicht wurde, wird entweder an einem nachdenklichen Schweigen oder einsichtsvollem Lachen erkennbar. Das nachdenkliche Schweigen stellt eine unklare Lage dar mit zwei möglichen Ausgängen : einem therapeutischen, bei dem der Patient seine frühere Position mehr oder weniger dauerhaft verläßt, und einem antitherapeutischen, bei dem er zurückgeht zum früheren unangemessenen Ich-Zustand, indem er sich verteidigt

oder ärgerlich wird und dazu vielleicht noch sein neu aktiviertes ER als Helfer benutzt. Das einsichtsvolle Lachen ist dagegen der Ausdruck einer entscheidenden Verschiebung der psychischen Energie, wobei das an Energie frei wird, was vorher zur Aufrechterhaltung des Widerspruchs benötigt wurde, auf den die Konfrontation zielt; es markiert deshalb einen einigermaßen stabilen therapeutischen Erfolg.

Dem K des Patienten mag eine Konfrontation als Teil eines elterlichen Spiels erscheinen, auf das es mit defensivem Verhalten reagiert, wie es das in früher Kindheit gelernt hat („Aber das habe ich nicht so gemeint“ oder „Jetzt hast du mich verletzt“). Für sein ER mag sie einen intellektuellen Ansporn bedeuten, für den er dankbar ist („Ich habe das niemals vorher bemerkt“). Sein EL mag sie als Angriff auf seine eigene elterliche Autorität erleben („Nun, ich halte immer noch daran fest“).

**Benutze** die Konfrontation, wenn der Patient dich offensichtlich hinter Licht führt oder dumm spielt (vielleicht ohne es zu bemerken) oder wenn du überzeugt bist, daß er unfähig ist, seinen eigenen Widerspruch zu erkennen.

**Benutze** die Konfrontation **nicht**, wenn du dich dadurch schlauer fühlst als der Patient. In diesem Fall bist du vermutlich in ein Spiel geködert worden. Wenn du merkst, daß du eine Konfrontation mit einem elterlichen „Aber“ anfängst, dann solltest du daran denken, daß du möglicherweise ausmanövriert worden bist.

**Benutze** die Konfrontation **manchmal**, wenn dich der Patient durch intensives „Dumm“-Spielen dazu herausfordert, um herauszufinden, warum er dich so verzweifelt dazu bringen wollte.

Warnung: Verwechsle legitime Konfrontation nicht mit dem Spiel „Kritik“ („Erzähle mir, wie du dich fühlst, und ich sage dir, was falsch ist mit deinem Gefühl“).

## *Erklärung*

Erklärung ist ein Versuch des Therapeuten, das ER des Patienten zu stärken (wieder mit Energie zu besetzen), zu enttrüben oder neu zu orientieren („Du siehst, daß das K in dir aktiv zu werden drohte, und wenn das geschieht, schaltet sich dein ER ab, und dein EL übernimmt die Führung, und dann geschieht es, daß du die Kinder anschreist“). Der Patient mag aus dem EL antworten („Warum müssen meine Kinder sich überhaupt so benehmen?“), aus dem ER („Das stimmt“) oder aus dem K („Das muß ich meinem Mann erzählen“). Falls er aus dem EL antwortet, hat sich seine Mutter eingeschaltet, um zu verhindern, daß der Therapeut den Patienten erreicht, so wie sie sich vielleicht früher gegenüber dem Hausarzt eingeschaltet hat, als der Patient klein war. Im Fall des ER benutzt der Patient seine Intelligenz; im Fall des K intellektualisiert er. Die Unterscheidung zwischen „seine Intelligenz benutzen“ und „Intellektualisieren“ sollte gut beachtet werden.

Manchmal, wenn der Patient seine Intelligenz benutzt, mag der Therapeut versuchen, das zu leugnen, indem er es „Intellektualisieren“ nennt. Es sollte Ehrensache für den Therapeuten und den Patienten sein, in diesem Punkt eine saubere Unterscheidung zu treffen.

**Benutze** Erklärungen bei jeder Gelegenheit, wenn der Patient gut vorbereitet ist und sein ER zuhört.

**Benutze** Erklärungen **nicht**, wenn der Patient noch „aber“ sagt, wenn er mauert („Es sind keine Kinder, es sind Teenager“) oder wenn er Fallen stellt („Ha, gestern sagten Sie . . .“).

**Benutze** Erklärungen **manchmal**, wenn der Patient zwischen psychologischen Spielen und direkter Kommunikation schwankt, besonders wenn das Thema auf vorhandene intellektuelle Interessen in seinem ER trifft („Sie können dasselbe in Ihrer eigenen Praxis beobachten, wenn Mütter ihre Kinder in Ihre Sprechstunde bringen“).

**Warnung:** Erkläre so prägnant wie möglich, mit ein oder zwei einfachen erklärenden Sätzen, oder du findest dich in das Spiel „Psychiatrie – transaktions-analytischer Typ“ verwickelt.

### *Illustration*

Eine Illustration ist eine Anekdote, ein Gleichnis oder ein Vergleich, der einer erfolgreichen Konfrontation folgt, mit dem Ziel, die Konfrontation zu bekräftigen und die möglichen unerwünschten Nebeneffekte abzumildern. Befragung, Spezifizierung, Konfrontation und Erklärung sind Interventionen. Illustration ist mehr als das. Es ist ein Eingriff, ein Versuch des Therapeuten, etwas zwischen das ER des Patienten und seine anderen Ich-Zustände zu setzen, um sein ER zu stabilisieren und um es ihm zu erschweren, in EL- oder K-Aktivitäten zu rutschen.

Illustrationen können auf einer Zeitskala als „sofortig“ oder „später“ eingeordnet werden. Typischerweise wird eine sofortige Illustration sogleich eingebracht, wenn das einsichtsvolle Lachen anzeigt, daß eine Konfrontation unmittelbar zum Erfolg geführt hat. In dieser Situation ist die Illustration geeignet, weiteres Lachen zu provozieren und so weitere Besetzungsenergie zu lösen, die vorher im Widerspruch gebunden war; in der Tat lockert sie die Persönlichkeitsstruktur des Patienten und erleichtert auf diese Weise die Neuorganisation des Gebietes, das angegangen wurde. Eine **spätere** Illustration wird irgendwann in einem Zeitraum von 10 Minuten bis zu 10 Wochen nach der ursprünglichen Konfrontation eingebracht. Wenn die Konfrontation erfolgreich war, läßt man dem Patienten mehr oder weniger Zeit, um in einer neuen Position Fuß zu fassen. Die Illustration gibt ihm dann einen zusätzlichen Anstoß in die vom Therapeuten gewünschte Richtung.

Illustrationen sind unter räumlichen Gesichtspunkten als „extern“ und „intern“ zu beschreiben. Eine **externe** Illustration hat das äußere

Milieu zum Inhalt. Deshalb ist sie von Natur aus ein Hinweis oder eine Analogie. Eine interne Illustration ist normalerweise ein Vergleich, sofern sie Bezug nimmt auf andere Mitglieder der Gruppe, aber sie mag auch die Form eines Gleichnisses oder Epigramms annehmen. Es ist augenscheinlich, daß interne Illustrationen sehr viel technischen Scharfsinn und Können erfordern. Sie stellen eine direkte Transaktion mit dem Patienten dar, mit dem gesprochen wird, und eine indirekte Transaktion mit dem oder den anderen Patienten, auf die Bezug genommen wird. Deshalb repräsentieren sie eine Form von therapeutischer Sparsamkeit und Kraft. Sie müssen passend sein für beide, für den Patienten, der direkt angesprochen, und für den, der indirekt angesprochen wird. Der Therapeut hat drei Möglichkeiten: Wenn Tom konfrontiert worden ist, kann er Tom sagen, daß er wie Mary sei (wobei Mary natürlich zuhört), oder er kann wechseln und Mary erzählen, sie sei wie Tom; oder er kann die ganze Gruppe ansprechen und auf Tom und Mary unpersönlich Bezug nehmen. Als zusätzliche Verfeinerung kann er wählen, Tom zu sagen, Mary sei wie er, oder Mary zu sagen, Tom sei wie sie, anstatt anders herum. Wegen dieser Vielfalt ist es für den Anfänger wichtig, sich gründlich mit den Wirkungen externer Illustrationen vertraut zu machen, bevor er seine erste interne anbringt.

Illustrationen sollten humorvoll sein oder wenigstens lebendig. Sie sollten für das K des Patienten ebenso einsehbar sein wie für das ER. Deshalb müssen sie in ein Vokabular gekleidet sein, das ein kluges, fünf Jahre altes Kind verstehen kann. Sie sollten keine Wörter von mehr als zwei oder drei Silben enthalten und auch keine Wörter aus dem lateinischen Sprachraum. Sie sollten ganz bewußt (jedoch behutsam) Alltagssprache verwenden, um die Prüderie des EL zu testen.

Das K läßt sich durch Illustrationen verführen, denn sie demonstrieren Freiheit von den elterlichen Einschränkungen, besonders die Freiheit zu lachen und die Freiheit von Übertreue. Sie schließen auch die Erlaubnis zur Kreativität mit ein. Für das ER sind sie erfreulich wegen ihrer Treffsicherheit und gedanklichen Klarheit. Im EL erregen sie mehr oder weniger Ärger wegen ihrer offensichtlichen Verführung des Kindes, und mit diesem Ärger wird man sich früher oder später auseinandersetzen müssen. Wenn Illustrationen zum verkehrten Zeitpunkt kommen oder schlecht gewählt sind, können sie auch Ärger im Kind erregen, weil sie seine Gefühle verletzen, besonders bei Leuten, die Verletzungen, Ungerechtigkeit oder Beweise ihrer eigenen Unterlegenheit sammeln. In solchen Fällen interpretiert das K das Gelächter als „elterlich“ und benützt die Gelegenheit, eingeschneppelt zu sein, anstatt daß das ER in das ER-Gelächter der Gruppe mit einstimmt. Unkluge Illustrationen können auch Depression im K hervorrufen, weil sie den Schutz bedrohen, den es vom EL bekommt.

**Benutze** die Illustrationen, wenn du sicher bist, daß das ER des Patienten zuhört, daß sein expressives K dich hört, daß sein EL nicht die

Kontrolle übernimmt und daß die gewählte Illustration sofort als direkte Fortsetzung der vorangegangenen erfolgreichen Konfrontation begriffen wird.

**Benutze** die Illustration **nicht**, wenn du zu einem selbstgerechten oder übergenaugen EL sprichst (wie z. B. bei vielen Paranoiden) oder zu einem K, das Rechtfertigung dafür sucht, sich mit schlechten Gefühlen zurückzuziehen. Benutze sie nicht, um dein eigenes Selbstgefühl zu stärken, indem du zeigst, wie schlau oder poetisch du bist. Benutze sie nicht, um eine nicht erfolgreiche Konfrontation doch noch hinzukriegen. Gebrauche eine Illustration so lange nicht, bis du das Gefühl hast, daß jeder Patient in der Gruppe dafür bereit ist, oder wenn das nicht der Fall ist, daß du bereit bist, mit den Konsequenzen umzugehen. Wenn dein Einfall erfolgreich ist, ist es jedoch nicht nur erlaubt, sondern auch für dich wünschenswert, daß du die Freude der Patienten daran teilst. Aber sei sicher, daß sie wirklich über deinen Witz lachen, bevor du lachst.

**Benutze** die Illustration **manchmal**, um zu zeigen, daß Feierlichkeit keine notwendige Bedingung für Therapie ist, oder um den Fortschritt eines selbstgerechten oder übergenaugen Patienten zu testen.

**Warnung:** Erinnere dich an die Theaterregel: Ein Komödiant sollte niemals zu lange auf der Bühne bleiben. Und für einen Therapeuten ist es besser, überhaupt nicht weiterzumachen als „auf den Bauch zu fallen“.

### *Bestätigung*

Wenn der Therapeut bisher seinen Einfluß eingesetzt hat, um das ER des Patienten zu stabilisieren, wartet er nun, daß der Patient weiteres Material anbietet, um seine Konfrontation zu bestätigen. Das wird ihm helfen, die Ich-Grenzen weiter zu festigen. Das K des Patienten hat seinen Widerspruch nur mit einigem Widerwillen aufgegeben und wird versuchen, wenigstens einen Teil davon auf eine versteckte Art zu retten. Der wachsamer Therapeut wird sehen, was geschieht, und wird dem neuen Angriff des Kindes mit einer neuen Konfrontation begegnen („Früher sagtest du: ‚Ist es nicht schrecklich?‘, wenn du Magenschmerzen hattest, aber du wolltest nicht zum Arzt gehen. Jetzt sagst du ‚Ist es nicht schrecklich?‘, weil dein Arzt dir eine Diät verschrieben hat, obwohl du dich selbst schon dauernd auf Diät gesetzt hattest. Das bestätigt doch wohl den Eindruck, daß du immer ein ‚Ist es nicht schrecklich?‘ brauchst.“)

Man darf annehmen, daß das K des Patienten, wenn es in die Enge getrieben wird, sogar den cleversten Therapeuten überlisten kann. Wenn die Bestätigung der Konfrontation zu offensichtlich ausfällt, sollte sich der Therapeut fragen, warum sich der Patient so entlarven läßt. Ist es sein EL, das das K verrät? Oder ist es sein ER, das das K

überredet, die Deckung zu verlassen? Oder ist es so, daß das K das Spiel weiterspielt, um sein Gesicht zu wahren, aber es gleichzeitig dem Therapeuten leicht macht in der Hoffnung auf Rettung, wie ein kleiner Junge, der in seinem Versteck zirpt, um sich beim Versteckspielen finden zu lassen?

Bestätigung kann vom EL des Patienten als Unterstützung seiner Meinung gehört werden, daß dem K nicht zu trauen ist. Wenn das geschieht, wird sich das K durch den Therapeuten in die Falle gelockt fühlen und wird dementsprechend beleidigt sein. Für das ER hat die Bestätigung einen verstärkenden Effekt wegen ihrer logischen Kraft. Auf das K mag sie sowohl spannend (wie ein Versteckspiel) als auch beruhigend wirken, denn sie demonstriert die Stärke und Wachheit des Therapeuten, und das weckt Vertrauen.

**Benutze** die Bestätigung, wenn das ER des Patienten kräftig genug ist, um das EL davon abzuhalten, sie gegen das K zu benutzen, und das K davon, sie gegen den Therapeuten zu benutzen.

**Benutze** die Bestätigung **nicht**, wenn entweder die ursprüngliche Konfrontation oder die folgende Illustration nicht erfolgreich war; auch nicht, wenn der Patient „aber“ sagt, den Therapeuten in die Ecke zu drängen sucht oder Fallen stellt; auch nicht, wenn es dich selbstzufrieden macht. Benutze sie nicht, um zu nörgeln, zu verfolgen oder den Patienten zu quälen, es sei denn, du testest seine Ausdauer.

**Benutze** die Bestätigung **manchmal**, um die Reaktion des Patienten zu testen; oder als indirekte Transaktion, um die Reaktion eines anderen Patienten zu testen; oder um ihm indirekt näher zu kommen; oder um dessen Beziehung zu dem Patienten zu klären, mit dem du redest; ob er z. B. versuchen wird, den Betroffenen zu retten, oder sich lieber an deine Seite stellt.

**Warnung:** Achte wieder auf das Spiel „Psychiatrie – psychoanalytischer Typ“.

### *Interpretation*

Alles, was bis jetzt getan wurde, hatte die Energiebesetzung und Enttrübung des ER zum Ziel. Wenn dies erfolgreich vollbracht wurde, dann hat der Patient nun ein starkes, klar umrissenes und kompetentes ER zur Verfügung, während das K nur in zweiter Linie beeinflußt worden ist. An diesem Punkt hat der Therapeut drei Möglichkeiten: Er kann die Situation so klären, daß er dem Patienten sofortige Erleichterung seiner Symptome und soziale Kontrolle anbietet, was eigentlich die Endphase der reinen TA ist. Jetzt geht es dem Patienten „besser“, und es kann ihm so lange „besser“ gehen, wie es ihm gelingt, sein ER in der führenden Position über das immer noch verwirrte K zu halten. Die zweite Möglichkeit ist, die Klärung so lange zu verschieben, bis das K durch psychodynamische Interpretationen entwirrt ist. Dies korrespondiert mit dem therapeutischen Vorgehen der orthodoxen

Psychoanalyse. Die dritte Möglichkeit ist eine Kombination von beidem: Zuerst geht es dem Patienten „besser“, indem der ER-Kontrolle Geltung verschafft wird, und nachdem dieser Zustand stabilisiert ist, wird die analytische Entwirrung des K unternommen.

So seltsam es ist, der Patient wird mit jeder dieser drei Richtungen kooperieren. Er wird sich bereitwillig dem Vorschlag des Therapeuten anschließen, sich zuerst weiter auf die Stabilisierung seines ER zu konzentrieren. Oder, wenn der Therapeut ihm sagt, daß es ihm nicht besser gehen kann, bis die Ursachen seiner ursprünglichen Störung analysiert sind, wird er entgegenkommenderweise seine Genesung zurückstellen, bis die Analyse „vollendet“ ist. Und wenn der Therapeut vorschlägt, daß es ihm zuerst besser gehen kann, um danach seine darunter liegenden Konflikte zu analysieren, dann wird der Patient auch mitmachen, wenn er gut vorbereitet und willens ist, die Vorteile des Verwirrtseins aufzugeben. Die Erfahrung begünstigt die letzte Alternative, wenn sie zu verwirklichen ist, besonders, wenn der Patient für heranwachsende Kinder verantwortlich ist; denn in diesem Fall können die Kinder während der ganzen analytischen Phase einen „gesunden“ Elter zu Hause haben; während bei weniger raschem Verlauf entscheidende Veränderungen der Analyse eher folgen, als daß sie ihr vorausgehen, so daß die Kinder über Monate oder Jahre leiden müssen, bevor die Behandlung bei Mutter oder Vater anschlägt.

Lassen Sie uns noch einmal die Situation vom Standpunkt der Strukturanalyse aus betrachten, um die Beziehungen zwischen den drei Ich-Zuständen zu klären. Alles, was bis jetzt getan worden ist (die ersten sechs Stufen), ist strukturell orientiert, um die Energiebesetzung des ER zu vermehren (z. B. durch Spezifizierung), seine Grenzen zu klären und zu stärken (z. B. durch Konfrontation und Erklärung) und K- und EL-Trübungen zu dekontaminieren, so daß das ER in der therapeutischen Situation fest in führender Position etabliert wird. Der Vorteil ist, daß der Therapeut einen objektiven und logischen Gesprächspartner hat, mit dem er reden kann. Während dieses Vorgangs kann der Zugriff des EL auf das K auch in gewissem Maße gelockert werden, so daß das K eher bereit ist, auf neue Elternfiguren mit neuen Gesichtspunkten (wie z. B. den Therapeuten oder andere Gruppenmitglieder) ebenso zu hören wie auf sein eigenes ER. Aber in mancher Hinsicht bleibt das K fast genau so verwirrt, wie es ursprünglich war.

Strukturell gesehen befaßt sich die Interpretation mit der Pathologie des K. Das K präsentiert dem Therapeuten seine früheren Erfahrungen in verschlüsselter Form, und die Aufgabe des Therapeuten ist es, sie zu entschlüsseln und zu entgiften, Verzerrungen richtigzustellen und dem Patienten zu helfen, seine Erfahrungen neu zu ordnen. Dabei ist ein dekontaminiertes ER der wertvollste Bundesgenosse. Das EL wendet seinen verführerischen Einfluß gegen die Interpretationen. Das ER betrachtet sie prüfend und testet sie an der zu erwartenden Wirklichkeit. Das K versucht sie abzuwehren, denn sie drohen, es nicht nur seiner



bisherigen Befriedigungen zu berauben, sondern auch des Schutzes des aufmerksamen EL. In der typischen Situation stehen das ER des Therapeuten und das ER des Patienten gegen das EL des Patienten und sein K. Je klarer und stärker das ER des Patienten also besetzt ist, desto größer ist die Erfolgchance. Dasselbe gilt für das ER des Therapeuten. Bei jedem Schritt muß das K wählen zwischen der Möglichkeit, sich gegen das EL zu vergehen und alte Befriedigungen aufzugeben, oder den Therapeuten zu kränken und die Möglichkeit neuer Befriedigungen aufzugeben.

**Ein Beispiel:** Eine Patientin träumte u. a., daß sie sich um ein zerquetschtes Kätzchen kümmerte. Nachdem die lange Traumerzählung zu Ende war, fragte die Patientin scherzhaft: „Wie interpretieren sie meine Träume, Doktor?“ Damit zeigte sie an, daß sie plötzlich und zu spät bemerkt hatte, daß sie wieder einmal das Spiel „Psychiatrie – Trauminterpretations-Typ“ spielte. Aber ihre reuevolle Frage zeigte genauso an, daß ihr ER jetzt die Herrschaft übernommen hatte. Das gab dem Therapeuten eine Chance, die er gut gebrauchen konnte. Nach einer Pause sagte er: „Was das zerquetschte Kätzchen angeht: Haben Sie nicht einmal eine Abtreibung an sich selbst durchgeführt?“ Die Patientin atmete tief. Nach einem kurzen Schweigen sagte sie: „Okay“. Nach einem weiteren kurzen Schweigen bemerkte sie: „Ich habe schon immer einen Hund statt einer Katze haben wollen.“

Hier kam das Atmen aus dem K und zeigte an, daß lange Jahre der Spannung vorbei waren, in denen sie auf jemand gewartet hatte, der sie wegen der Abtreibung zur Rechenschaft zog. Kein Außenstehender hatte sie bisher zur Rechenschaft gezogen, weil in ihrer „Kultur“ Abtreibung erlaubt war. Das „OK“ kam aus dem ER und bedeutete: „Nun merke ich, wie angespannt und schuldig sich mein K in all diesen Jahren wegen dieser Tat gefühlt hat, und nun bin ich bereit, etwas mit diesem Gefühl zu tun, anstatt weiter so zu tun, als wär es nicht da.“ „Ich habe immer einen Hund gewollt“ bedeutet: „Jetzt bin ich von der elterlichen Zensur über die Abtreibung befreit, und deshalb muß ich nicht länger büßen, indem ich mich um Katzen kümmere. Ich bin jetzt frei, mir statt dessen einen Hund anzuschaffen, so wie ich mir das immer gewünscht habe.“ Ihre Freunde („Kultur“) hatten gesagt: „Das wäre dumm, sich wegen einer Abtreibung schuldig zu fühlen“, und ihre Antwort darauf war: „Glaubt nur nicht, daß ich so dumm bin!“ Die Unterdrückung ihrer Schuldgefühle hatte sie zu Jahren geheimen Büßens gezwungen. Die Botschaft des Therapeuten, die sie sehr gut verstand, war: „Dein K fühlt sich schlecht, weil Dein EL Dich immer geschlagen hat, seit Du das tatest. Hast Du genug davon, oder möchtest Du den Rest Deines Lebens weiter büßen?“ Ihre Antwort, die der Therapeut gut verstand, lautete: „Ich habe mein Schuldgefühl lange genug gehätschelt. Jetzt bin ich bereit, mich von meinem EL in dieser Hinsicht zu lösen und mich selbständig zu machen!“ (Die Frage nach dem darunterliegenden „realen“, erwachsenen, existentiellen Schuld-

gefühl im Gegensatz zu dem wollüstig-büßenden, kindlichen „psychodynamischen“ Schuldgefühl kann später erörtert werden).

**Benutze** die Interpretation, wenn des Patienten ER auf deiner Seite ist, wenn du das EL nicht direkt herausforderst und wenn du nicht zuviel Opfer vom K verlangst oder zuviel Furcht vor elterlicher Vergeltung oder vor elterlichem Verlassen provoziert. „Zuviel“ bedeutet, daß das Opfer und die Furcht schwerer wiegen, als was sein ER und du ihm als Ausgleich dafür versprechen kannst, daß er die Dinge mehr auf deine Art als auf seine alte Art sieht. Sind zum Beispiel deine Hunde und deine aktive Welt verlockend genug, um Katzen und die tröstliche, büßende Welt des EL aufzugeben?

**Benutze** die Interpretation **nicht**, wenn das ER des Patienten nicht in der führenden Position oder nicht richtig vorbereitet oder nicht auf deiner Seite ist; und auch nicht, wenn dein EL oder K anstelle deines eigenen ER redet.

**Benutze** die Interpretation **manchmal**, um festzustellen, ob der Patient das Spiel „Psychiatrie“ spielt. Hätte die Patientin zum Beispiel in dem oben genannten Fall geantwortet: „Oh, sind Kätzchen ein Symbol für Abtreibung?“, so wäre das vermutlich eher die Antwort eines frühreifen K gewesen als die eines ER. In diesem Falle kann der Therapeut einfach „OK“ sagen, um zu sehen, ob der Patient das Spiel weiterspielen oder es aufgeben will. Eine Interpretation kann ebenso als letzte verzweifelte Zuflucht angewendet werden in der Hoffnung, daß der Patient, nachdem er die Therapie verlassen hat, vielleicht lange Zeit später erst, fähig sein wird, seine Abwehr gegen die Interpretation aufzugeben und sie sich zunutze zu machen.

**Warnung:** In manchen Fällen ist mehr der Therapeut als der Patient darauf aus, zu intellektualisieren, anstatt seinen Intellekt zu gebrauchen.

### *Kristallisierung*

Das methodische Ziel der TA ist es, den Patienten an den Punkt zu bringen, wo kristallisierende Statements des Therapeuten wirksam werden. Eine Kristallisation ist eine Aussage über den Entwicklungsstand des Patienten vom ER des Therapeuten zum ER des Patienten („So, nun sind Sie an dem Punkt, wo Sie mit diesem Spiel aufhören können, wenn Sie wollen“). An diesen Knotenpunkt hat die TA in dem zu bearbeitenden Bereich ihre Aufgabe erfüllt, ob mit oder ohne Interpretation. TA versucht nicht, den Patienten zu „bessern“, sondern ihn in die Position zu bringen, daß er sich mit seinem ER für die Möglichkeit des Bessergehens entscheiden kann. Der Therapeut ist, zumindest in einem existentiellen Sinne, indifferent gegenüber der Wahl des Patienten. Alles, was er tun kann, ist, dem Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, daß er wählen kann. Es hat jedoch keinen Zweck zu versuchen, vor dem Patienten zu verbergen, daß der Therapeut selber in-

folge seines eigenen Vorurteils mehr in Richtung körperlicher und geistiger Gesundheit tendiert. Er mag sogar dem Patienten raten, die Wahl zu treffen, daß es ihm besser geht, aber ob das dann auch geschieht, ob dieser Rat angenommen wird, das ist die Sache des Patienten. Wenn der Therapeut jedoch über den reinen professionellen Rat hinausgeht, wird er zur EL-Figur, und des Patienten „Wahl“ ist nicht länger eine ER-Wahl, sondern ein Akt kindlicher Unterwerfung oder Rebellion. Diese Art der Wahl ist mehr ein Vorsatz als eine Entscheidung, und wie alle erfahrenen Menschen wissen, sind Vorsätze dazu da, um gebrochen zu werden; nur ER-Entscheidungen werden getroffen, um gehalten zu werden.

Logisch gefolgert: Wenn der Patient auf dieser Stufe fragt: „Sollte ich die Wahl treffen, daß es mir besser geht?“, ist die korrekte Antwort: „Nein“. Sollte der Therapeut „Ja“ antworten, dann ist die Entscheidung des Patienten nicht länger seine eigene, und die einzige autonome Wahl, die er treffen kann, ist, daß es ihm nicht besser geht. Wenn der Therapeut antwortet: „Nein“, dann läuft die autonome Entscheidung darauf hinaus, daß es ihm besser geht. Dies darf jedoch nicht angewendet werden, bevor der Patient in der Lage ist, eine ER-Entscheidung zu fällen. Manche Therapeuten lehnen es überhaupt ab zu antworten, aber das ist nicht notwendigerweise die produktivste Reaktion.

Wenn der Patient durch das Vorangegangene gut vorbereitet ist, wird sein ER die Kristallisierung begierig und begeistert aufnehmen. Er wird sie als etwas erleben, auf das er schon gewartet hat; eine professionelle Mitteilung vom ER des Therapeuten, er sei nun fähig, es sich besser gehen zu lassen – etwas, das er nicht unbedingt für sich selbst beurteilen kann. Eine solche Information ist u.a. etwas, wofür der Therapeut auf lange Sicht sein Honorar verdient, denn er gibt sie auf der Grundlage seiner klinischen Erfahrung und Urteilsfähigkeit, die er einem Laienberater voraus hat.

Auf dieser Stufe stehen das K und ER des Patienten auf gutem Fuß miteinander, und das K wird die Kristallisierung auch annehmen, aber mit etwas Bangen und vielleicht auch Nostalgie, denn es bedeutet ja, das Alte für immer aufzugeben und etwas Neues zu probieren, was noch fremd ist und noch nicht völlig ausgetestet.

Was das K wirklich preisgibt, indem es ihm besser geht, ist das EL. Und es ist das EL, das durch die ganze Prozedur beeinträchtigt wird. Deshalb kann die Reaktion des EL auf eine Kristallisierung an die Reaktion eines gewissen Muttertyps erinnern, wenn ihr Sohn im Alter von 40 Jahren ankündigt, daß er aus dem Haus gehen wird, um zu heiraten. Entweder sie verfolgt den Missetäter (in diesem Fall den Therapeuten) oder wird auf der Stelle zum Invaliden. Der fähige Therapeut sollte in der Lage sein, es mit dem wütenden EL aufzunehmen, das das K in die Gesundheit entwischen sieht. Aber es entsteht eine schwierige und gefährliche Situation, wenn somatische Symptome in einem

Kampf bis aufs Äußerste benutzt werden. Das ist ein weiterer Grund, weshalb die endgültige Entscheidung, gesund zu werden, beim Patienten bleiben muß. Wenn er dazu gedrängt wird, kann er zwar psychologisch gesund werden, aber nur, um sich mit einem gebrochenen Bein oder einem Ulcus ins Bett zu legen. Wenn ihm die Entscheidung überlassen wird, dann wird er spüren, wann die Zeit reif ist, und sich selbst vor organischem Schaden bewahren. Also sagt ihm der Therapeut, wann er fähig ist, allein zu gehen, aber der Patient entscheidet, wann er wirklich gehen wird.

**Benutze** die Kristallisierung, sobald du sicher bist, daß nicht nur das ER, sondern auch das K und besonders das EL des Patienten gut vorbereitet sind.

**Benutze** die Kristallisierung **nicht**, wenn der Patient erneut Zeichen einer somatischen Störung oder ein ungewöhnliches Interesse an somatischen Symptomen bei sich selbst oder anderen zeigt oder einen plötzlichen Ausbruch von Mut oder Depression, der ihn in offensichtlich gefährliche Situationen führt.

**Benutze** die Kristallisierung **manchmal**, wenn er nur **droht**, ein somatisches Leiden zu entwickeln oder sich selbst in unangemessene Gefahr zu bringen; dann benutze sie zu Beginn der Sitzung, und achte sehr aufmerksam darauf, was die darauf folgenden „elterlichen“ Reaktionen sind, und mobilisiere deine äußersten therapeutischen Fähigkeiten, um damit kompetent umzugehen.

**Warnung:** Verwechsele nicht einen Vorsatz des K mit einer ER-Entscheidung des Patienten.

## Grundsätzliche Vorsichtsmaßnahmen

Die folgenden Vorsichtsmaßnahmen gelten für alle acht Arten therapeutischer Aktionen.

1. Eile niemals dem klinischen Material, das durch den Patienten angeboten wird, voraus. Es ist besser, drei Schritte dahinter zu bleiben. Bei Konfrontationen z. B. sprich erst mal einen Punkt an. Wenn das wirkt, kannst du deine restlichen Punkte immer noch ein anderes Mal gut anbringen. Wenn der erste Punkt jedoch nicht wirkt, sprich den nächsten an, um zu überprüfen, ob der Patient wirklich nicht verstanden hat oder eben verbohrt ist. Im letzteren Fall hast du immer noch deinen dritten Punkt in Reserve und bist also weiterhin Herr der therapeutischen Situation.
2. Verpasse niemals eine legitime Chance voranzukommen.
3. Dränge niemals gegen einen Widerstand vorwärts, außer um eine gut durchdachte konkrete Hypothese zu testen.

## Andere Arten der Intervention

Die bisher beschriebenen Operationen passen zu einem Programm gut geplanter, vorwärts gerichteter TA und sind im Blick auf Zeitauf-

wand und therapeutische Wirksamkeit sowohl für den Patienten wie für den Therapeuten am ökonomischsten. In speziellen Situationen mag der Transaktions-Analytiker auf andere Methoden zurückgreifen müssen, aber das sollte er nur tun, wenn ihm die Gründe klar sind.

Die häufigste Situation, in der eine Modifikation nötig ist, ist die Behandlung von aktiv Schizophrenen. Hier muß der Therapeut möglicherweise absichtlich aus dem EL und nicht aus dem ER handeln und zwar für eine längere oder kürzere Zeit, manchmal über Jahre.

Einige Interventionen aus dem EL sind mit ihren gebräuchlichen Namen im Folgenden aufgezählt.

### ***Unterstützung***

Das kann ganz einfach „Zuwendung“ sein. Welchen Inhalt sie hat, ist irrelevant, vorausgesetzt sie ist taktvoll. Ihr Effekt kann gesteigert werden, wenn ihr Inhalt angemessen erlaubend oder schützend ist („Geh und mach das“).

### ***Unterstützende Versicherung***

Hier ist der elterliche Tonfall der Stimme oft wichtiger als der Inhalt („Es ist gut, daß du das tust“). Es ist wahrscheinlich, daß die unterstützende Versicherung schiefgeht, wenn das Kind des Patienten sich bloßgestellt fühlt. Eine unterstützende Versicherung kann jedoch auch unter zwei grundsätzlichen Bedingungen von Heuchelei schiefgehen, und zwar :

- (1) Wenn die tatsächlichen Eltern des Patienten heuchlerische Unterstützungen gaben, dann können die gut gemeinten Äußerungen des Therapeuten einen unerwarteten Effekt haben, und zwar sofort oder später.
- (2) Wenn der Therapeut bei sich selbst etwas verwechselt und sein eigenes feindseliges Kind die Rolle eines Elternteils spielt, dann kann der Patient eventuell auch nicht positiv darauf antworten.

### ***Überredung***

Sie beinhaltet fast immer ein starkes Element von Verführung („Warum tust du das nicht?“). Der Therapeut sollte sicher sein, daß er weiß, was der Patient als Gegengabe für sein Mitmachen erwartet, und er sollte auf die Konsequenzen vorbereitet sein, daß er entweder die erwartete Gegengabe auch liefern muß oder Strafe bezahlen muß, wenn er es nicht tut.

### ***Ermahnung***

Ermahnung mag in manchen Situationen durch die Willfährigkeit des K des Patienten erfreuliche Resultate bringen („Du mußt das tun“). Aber indem diese eine effektive Eltern-Kind-Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten schafft, die von beiden möglicher-

weise als angenehm empfunden wird, mag sie es auf die Dauer doch erschweren, das endgültige Ziel der Therapie zu erreichen: nämlich das ER des Patienten in die führende Position zu bringen. In diesem Fall kann es zusätzlich zum Bedürfnis des Patienten, an dieser Eltern-Kind-Beziehung festzuhalten, zu einer Abneigung des Therapeuten kommen, eine so reizvolle Situation aufzugeben. All das gilt in verstärktem Maße für den Gebrauch von Hypnose.

Unter den K-Interventionen, die von einigen Therapeuten benutzt werden, gibt es einige, die legitim sind – z. B. bei der Behandlung von Kindern. Es ist das beste, K-Interventionen nicht ohne Spezialtraining, z. B. in einer Kinderklinik, zu benutzen. In einigen Fällen werden unsichere Therapeuten, wenn sie nicht mehr wissen, was als nächstes zu tun ist, durch Artikel in der Literatur zu K-Interventionen verführt, die letzten Endes auf Tricks beruhen. Kein Transaktions-Analytiker sollte es sich selber erlauben, mit irgend einer Art von Irreführung oder Heuchelei zu arbeiten, denn das läuft darauf hinaus, absichtlich ein Spiel mit dem Patienten zu beginnen. Das therapeutische Ziel ist, den Patienten spiel-frei zu bekommen, und es ist zweifelhaft, ob das jemals sehr effektiv erreicht werden kann, wenn der Therapeut selber ein Spiel anfängt. Sicherlich hat er kein Recht, sich zu beklagen, wenn ein solches Vorgehen auf ihn zurückschlägt. Zeit, die zum Experimentieren mit Tricks verwendet wird, kann so gut wie immer besser genutzt werden durch das Beobachten von und das Nachdenken über das natürliche und spontane Verhalten der Patienten.

## Auswahl und zeitliche Abstimmung therapeutischer Operationen

### ***Die therapeutischen Kräfte***

Ziel der Gruppenbehandlung ist es, die Vergangenheit in der Gegenwart zu bekämpfen, um die Zukunft zu gewinnen. Es gibt vier therapeutische Kräfte, die in der Gruppensituation am Werk sind: Die „vis mediatrix naturae“ (der natürliche Drang des Organismus zur Gesundheit); die biologische Zuträglichkeit von Streicheln und Zuwendung durch andere Menschen; korrigierende soziale Erfahrungen, Konfrontationen und Begegnungen und die Operationen des Therapeuten. Die ersten drei wirken ständig in jeder sozialen Situation, so daß in dieser Hinsicht die Gruppenbehandlung im Vergleich zu anderen Formen sozialer Aktivität, wie z. B. Pfadfinder-Arbeit oder Logenmitgliedschaft, keinen Vorteil bietet. Deshalb rechtfertigt der Therapeut nur durch seine therapeutischen Operationen die Zeit und die Energie, die er in seine Ausbildung gesteckt hat, und auch das Honorar, das er von den Patienten nimmt, sowie seinen Status als berufsmäßiger Therapeut.

### ***Lernen therapeutischen Handelns***

Die Wissenschaft und Kunst therapeutischen Handelns zu lernen ist ähnlich dem Erlernen von Tanz oder der Lumbalpunktion. Beim Tan-

zen lernt der Schüler zuerst die einzelnen Bewegungen, die er am Anfang „zählenderweise“ ausführt. In einem bestimmten Augenblick vereinigen sich dann zwei oder mehr Bewegungen zu einer einzigen gelungenen Folge. Schließlich wird der ganze Tanzschritt dann zu einer anmutig fließenden Handlung der Koordinierung, eine Einheit in sich selbst. Sobald das mit einem Schritt nach dem anderen geschieht, beginnt der ganze Tanz die Form einer Serie von weich fließenden Handlungen anzunehmen, die ohne wahrnehmbare Kämpfe bewußten Ordners bruchlos ineinander übergehen; das „Zählen“ hört auf, und die Folge wird „automatisch“. Das kennzeichnet den Übergang von Wissen zur Kunst, von der „digitalen“ Phase zur „analogen Phase“, von der Arithmetik, die eine Einheit an die andere fügt, zum Kalkül, das die ganze Situation in einem breiten und fließenden Schwung nimmt.

In gleicher Weise macht ein Medizinstudent seine ersten Lumbalpunktionen in Form des „Abzählens“, ganz bewußt und mit Bedacht jeden Schritt als eine separate Handlung ausführend, beginnend mit dem Öffnen der Flasche des Desinfektionsmittels bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Flüssigkeit zu fließen beginnt. Ein alter Neurochirurg andererseits vollzieht den ganzen Vorgang wie einen Taschenspielertrick, so daß es ein geschicktes Fließen ist von dem Zeitpunkt an, wo er das Desinfektionsmittel ergreift, bis dahin, daß die Nadel unfehlbar an der richtigen Stelle eindringt. Ein noch einfacheres und treffenderes Beispiel kann bei der Krankenpflege beobachtet werden. Die Lernschwester vollzieht eine kurze abgehackte Serie von Bewegungen, wenn sie einem Patienten eine Tablette aus dem Tablettenröhrchen gibt. Eine erfahrenere Krankenschwester tut das mit einer einzigen anmutigen und sichtbar ökonomischen Bewegung ihres Armes.

Der Anfänger in der Therapie wird dasselbe Prinzip in seiner Arbeit wirksam finden, wenn die Zeit voranschreitet. Die Prozedur, die hier beschrieben ist, mag komplex erscheinen und nur mühsam in Form von „Abzählen“ zu verwirklichen, aber mit Praxis und Erfahrung verwachsen die Schritte zu etwas, was aussieht wie eine einfache Entscheidung, die im Bruchteil einer Sekunde gemacht wird. Im Rückblick jedoch mag er erkennen, daß er tatsächlich jeden Schritt der Folge in der richtigen Reihenfolge durchlief, ohne sich dessen bewußt zu sein. So kann er beispielsweise als Fachmann Beobachter in seiner Gruppe haben. Wenn er dann eine Intervention vornimmt, von der er intuitiv weiß, daß sie genau richtig ist, mag ihn einer der Beobachter später fragen, warum er es tat, und er ist fähig, den ganzen gedanklichen Prozeß, der dahintersteckte, in einem Bericht darzustellen, der 10 oder 15 Minuten dauert. Jedoch „in medias res“ vollzog sich dieses Abwägen kondensiert in wenigen Sekunden.

Ziel dieser Vorbemerkung ist es, den Studenten zu ermutigen, daß er nicht vor etwas verzagt, das wie ein schwieriges System aussieht. Am Anfang mag er Schritte auslassen und über seine eigenen Füße

stolpern, aber mit zunehmender Praxis sollte er eines Tages fähig sein, gleichmäßig, geschickt und mühelos vorzugehen.

### **Kriterien des Handelns**

Alle Operationen werden mit nur einem Ziel unternommen, den Patienten zu heilen. Das hat Vorrang vor allen anderen Überlegungen und besonders vor der Ich-Bezogenheit des Therapeuten, der sich z. B. fragt, wie wird dies auf die Beobachter wirken oder wie klingt das bei der Teambesprechung? Es hat auch Vorrang vor dem Bedürfnis, unbedingt „Gruppentherapie zu machen.“ Die erste Frage heißt deshalb:

1. Wovon versuche ich den Patienten heute zu heilen?

Die zweite Frage bezieht sich darauf, wie rational Therapie und Timing des Therapeuten sind.

2. Hat der Patient etwas gesagt oder getan, was die Basis für eine therapeutische Hypothese bilden könnte?

Eine therapeutische Hypothese hat zwei Teile: den informatorischen (psychologischen) Aspekt und den sozialen (transaktionalen) Aspekt. Der informatorische oder psychologische Aspekt der Hypothese versucht die Frage zu beantworten: Hat der Patient etwas gesagt oder getan, was einen vorher dunklen Aspekt seiner Persönlichkeitsstruktur oder Dynamik zu klären verspricht? Wenn das so ist, was kann ich ihm sagen, das mit der größten Ökonomie an Worten meinerseits ein Maximum an Klärung aus ihm herauslockt? Oder knapper:

3. Was ist meine Hypothese über seine Persönlichkeit?

4. Wie kann ich sie am besten bestätigen?

Der soziale, transaktionale oder therapeutische Aspekt der Hypothese beschäftigt sich mit der Wirkung der ganzen Operation.

5. Wie wird er auf das antworten, was ich sage?

Die nächsten zwei Fragen versuchen, die fünfte zu klären, und sind die wichtigsten Determinanten bei der zeitlichen Abstimmung der Intervention.

6. An welchen der Ich-Zustände sollte meine Intervention gerichtet sein?

7. Welcher seiner Ich-Zustände wird jetzt im Moment am ehesten reagieren auf das, was ich sage?

In einer geradlinigen therapeutischen Operation müssen die Antworten auf die Fragen 6 und 7 deckungsgleich sein. Das bedeutet, daß der Ich-Zustand, der angesprochen wird, auch der sein muß, der am wahrscheinlichsten antworten wird. Dann wird die Transaktion komplementär sein. Wenn die Antworten 6 und 7 verschieden sind, d.h., wenn der Ich-Zustand, der angesprochen ist, nicht der ist, der wahrscheinlich antworten wird, muß eine gekreuzte Transaktion erwartet werden. Mit Ausnahme von einigen bestimmten Arten von Konfrontationen, wo eine gekreuzte Reaktion eventuell bewußt gesucht wird, sollten gekreuzte Transaktionen vermieden werden. Auf jeden Fall be-



reiten die Antworten auf diese zwei Fragen den Therapeuten auf die wahrscheinlichste Reaktion des Patienten vor. Dadurch kann er Verwirrung vermeiden und die Kontrolle über die therapeutische Situation behalten, denn das ist der Schlüssel zum Erfolg.

Die Antwort auf die nächste Frage ist bestimmt durch den therapeutischen Fortschritt des Patienten.

8. An dieser Stelle seines Fortschrittes ist welche Form von Intervention angezeigt?

Das nächste Kriterium befaßt sich mit den sekundären Faktoren, d.h. mit der Wirkung dieser Operation auf alle anderen Patienten in der Gruppe.

9. Was wird zu diesem Zeitpunkt die wahrscheinlichste Wirkung dieser Operation auf jeden anderen Patienten dieser Gruppe sein?

Durch schnelle und akkurate Datenverarbeitung kann der Therapeut genau die richtige Wortwahl treffen, um einen maximalen therapeutischen Effekt auf alle anwesenden Patienten zu erzielen oder in riskanten Situationen den geringsten schädlichen Effekt für die anderen zu erreichen. Das ist das Strategieproblem der Gruppenbehandlung.

Die nächste Frage unternimmt eine schnelle Überprüfung der „Notfallausrüstung“ des Therapeuten.

10. Falls die Reaktionen nicht die sind, die ich für die wahrscheinlichsten halte, was sind dann die entfernter liegenden Möglichkeiten, und wie könnte ich mit jeder von ihnen umgehen?

Wenn die Antworten auf alle diese Fragen befriedigend sind, wird der Therapeut zum Sprechen bereit sein, nachdem er eine weitere ausschlaggebende Überlegung angestellt hat, die häufig vernachlässigt wird. Wenn die Operation therapeutisch sein soll, und das heißt mehr als akademisch, sensationell oder verwirrend, dann muß sie relevant sein.

11. Ist die Äußerung, mit der ich mich befasse, nur interessant, oder ist sie pathologisch?

Wenn sie nicht pathologisch ist, wird das ganze Projekt hier fallengelassen, denn offen gesagt, die ganze Operation würde dann irrelevant sein und nur kostbare Zeit vergeuden. Frage 11 ist speziell dazu da, den Typus von Therapeuten in seinen Gleisen zu stoppen, der allgemein bekannt ist unter dem Namen „Phallus im Wunderland“.

Diese Fragen können nun bequem in einer Zusammenfassung aufgelistet und ihre Anwendung in der Praxis illustriert werden.

1. Wovon versuche ich heute den Patienten zu heilen?
2. Hat der Patient etwas gesagt oder getan, was die Basis für eine therapeutische Hypothese darstellen könnte?
3. Was ist die psychologische Hypothese über seine Persönlichkeit?
4. Wie kann sie am besten nachgewiesen werden?
5. Wie wird er transaktional reagieren auf das, was ich sage?
6. Zu welchem seiner Ich-Zustände sollte ich sprechen?

7. Welcher von seinen Ich-Zuständen wird mich am wahrscheinlichsten hören?
8. Welche Art von Intervention ist angezeigt?
9. Wie wird das die anderen Patienten berühren?
10. Welche anderen Reaktionsmöglichkeiten gibt es, und wie werde ich mit jeder von ihnen umgehen?
11. Ist die Äußerung, mit der ich mich befasse, pathologisch?

Sind die veranschlagten Wahrscheinlichkeiten auf diese Fragen befriedigend, dann kann der Therapeut voranschreiten. Mehr noch, bei jeder Gelegenheit, bei der die Antworten auf diese Fragen befriedigend sind, ist der Therapeut sogar verpflichtet, voranzugehen.

### ***Ein Problem zur Illustration***

Nun wollen wir ein ganz gewöhnliches Beispiel betrachten: Eine Frau, die in der Gruppe fragt, ob sie die Gruppenbehandlung weitermachen oder nach Europa reisen soll.

In der TA ist es nicht notwendig, etwas über die Vorgeschichte des Patienten zu wissen, außer, was sich direkt auf die jetzige Situation in der Gruppe bezieht. Eine Patientin wird vom Transaktions-Analytiker nicht nach den üblichen historischen Kriterien „anerkannt“ („Oh ja, schon wieder eine paranoide, 30jährige, ledige Sekretärin mit strengem Vater und ohne Geschwister. . . “ etc.), sondern nach ihrem Verhalten in der Gruppe und ihren Plänen für die Zukunft („Oh ja, eine geheime ‚Ist es nicht schrecklich‘-Spielerin, die immer traurig aussieht, so daß die Leute ihr nicht zu viele Fragen stellen, und die ständig ihren Job zu quittieren droht“).

Sophia, die in Frage kommende Frau, war immer bereit, sich darüber zu beklagen, wie die Dinge im Büro liefen, und jede Woche sagte sie, daß sie nicht zu einem Entschluß kommen könnte, ob sie die Gruppe weitermachen oder nach Europa gehen solle. Als die anderen Gruppenmitglieder ihr sagten, es gehe in Wirklichkeit um die Entscheidung, ob sie sich verändern wolle oder nach einer magischen Lösung ihrer Schwierigkeiten in Europa zu suchen, vermied sie das Thema lange Zeit. An diesem bestimmten Tag fragte sie in der Gruppe wieder, ob sie bleiben oder losfahren solle. Die anderen reagierten ziemlich effektiv und wunderten sich wieder, wie man von ihnen erwarten konnte, sich mit so einer Frage zu beschäftigen, und sie baten sie höflich, den Zweck dieser Frage zu erklären. Aber Dr. Q. dachte aufgrund der Art, wie sie die Sache diesmal vorbrachte, daß es am besten wäre, die anderen zu unterbrechen, um zum Zentrum der Sache vorzustoßen. Sie war zuvor mehrere Male gefragt worden, warum sie nicht wollte, daß es ihr besser ginge, und sie hatte so getan, als würde sie die Frage nicht verstehen. Aufgrund der Hypothese, daß sie jetzt bereit sei zu antworten, fragte Dr. Q. deshalb:

a) „Warum möchtest du nicht, daß es dir besser geht?“

„Weil es für mich bedeuten würde, daß ich Dinge tun müßte, die meine Eltern immer von mir wollten, und ich muß sie ärgern“, antwortete sie und lachte nervös.

b) „Das erinnert mich an eine Geschichte“, sagte Dr. Q. „Eines nachts, mitten im Winter, fand ein Polizist einen Betrunkenen, der auf der Stufe vor einer Tür saß, frierend und zitternd, und fragte ihn, was er hier täte. Der Betrunkene sagte: „Ich wohne hier“, und der Polizist antwortete: „Warum gehen Sie dann nicht hinein?“ Der Betrunkene sagte: „Weil die Tür verschlossen ist.“ Darauf der Polizist: „„Warum klingeln Sie nicht?“ Der Betrunkene: „Ich habe es getan, aber sie haben nicht geantwortet.“ Der Polizist: „„Warum klingeln Sie nicht nochmals? Sie werden hier draußen erfrieren.“ Und der Betrunkene sagte: „Laß sie warten!“

Fast jeder in der Gruppe lachte, zwei nickten, und Jim sagte: „Das bin ich, ganz genau!“ Sophia lachte auch, dann fügte Dr. Q. hinzu:

c) „Unglücklicherweise sagen Eltern manchmal Dinge, die richtig sind. Planst du den Rest deines Lebens damit zu verbringen, dich gegen deine Eltern zu stellen, oder glaubst du, daß es dir eines Tages besser gehen wird?“ „Nun“, antwortete Sophia, „vielleicht wird es mir eines Tages besser gehen.“ „Nun, wenn du es vielleicht eines Tages tun wirst, warum dann nicht jetzt gleich, um Zeit und Kummer zu sparen?“ „Ich will darüber nachdenken“, antwortete Sophia, woraufhin Dr. Q. sofort seine Aufmerksamkeit jemand anderem zuwandte.

Die Analyse von Dr. Q.'s Vorgehen ergibt folgendes (Numerierung entsprechend den oben angegebenen Kriterien) :

1. Seine gegenwärtige Aufgabe war, die Patientin von ihrem „Ist-es-nicht-schrecklich“-Spiel zu heilen. Um dies zu erreichen, war es nötig, ihr Interesse an den dauernden Beweisen, daß die Welt ihr Leid veranlaßte, zu verschieben und herauszufinden, wie sie ihre Art, die Welt zu erleben, ändern könnte. Solange ihre Unentschlossenheit anhielt, so lange würden auch ihre Angstanfälle anhalten.
2. Sie stellte ihre übliche Frage in einer ungewöhnlich suchenden oder „tastenden“ Art, die anzeigte, daß sie vielleicht dachte, das Spiel sei vorbei. Das gab Anlaß zu der Hypothese, daß die Zeit reif sei.
3. Die psychologische Hypothese war, daß sich die Energiebesetzung von ihrem K zu ihrem ER verschoben hatte, so daß ihr ER stark genug war, ihre Situation objektiv zu betrachten, und ihr K ruhig genug war, um von Unterbrechungen Abstand zu nehmen, eine Situation, die, wenn auch nicht ideal, so doch günstig war.
4. Das konnte am besten überprüft werden durch direktes Unterhöhlen der Position ihres K, um zu sehen, ob sie sie aufgeben oder versuchen würde, sie wieder herzustellen.
5. Es erschien wahrscheinlich, daß sie bereit war, sie aufzugeben, obwohl sie vielleicht hätte antworten können: „Ich verstehe nicht. Ich möchte doch, daß es mir besser geht!“

6. Aus der Art, wie sie auf die Bemerkungen der anderen Gruppenmitglieder antwortete, schloß Dr. Q., daß er zu ihrem ER reden konnte.

7. Dr. Q. erwartete, daß ihr ER reagieren würde. Um das gewünschte Ergebnis zu erzielen, war es jedoch nötig, daß auch ihr K auf die Frage hörte, anstatt sie abzuwehren, und die Aussichten dafür schienen ermutigend.

8. Da sie sich bis jetzt noch nicht auf die Therapie eingelassen hatte, war es angebracht, zunächst mit einer „Befragung“ zu beginnen, obwohl sie genug gelernt hatte, so daß eine ziemlich spitzfindige Frage (a) möglich war.

9. Einige von den anderen Patienten waren an demselben Punkt, so daß die Frage (a) auch für sie bedeutungsvoll war, und es war unwahrscheinlich, daß sie daran Anstoß nehmen würden. Der Rest von ihnen war schon mit der Therapie einverstanden und würde sich dadurch erfreulich überlegen und hilfreich fühlen.

10. Wenn Sophia die Frage (a) abgewehrt hätte, hätte sie an ein anderes Gruppenmitglied gerichtet werden können (Jim), das bereits angezeigt hatte, daß es über dieses Thema schon nachgedacht hatte. Wenn jemand Anstoß nähme, war es fast sicher, daß Jim die Sache retten würde, indem er anzeigte, daß er bereit war, das Thema zu diskutieren.

11. Ihre Unentschlossenheit war ein integraler Teil ihrer Pathologie, und sich der Therapie zu öffnen war von entscheidender Bedeutung für ihre Genesung. Deshalb waren Operationen in diesem Bereich eine vielversprechende Zeitinvestition.

Die anfängliche Operation bestand also in einer Befragung (a). Sophias Antwort war in sich selbst eine scharfe Spezifizierung und enthielt eine Selbstkonfrontation (erkennbar an ihrem nervösen Lachen) und ebenso eine strukturelle Erklärung, denn es war deutlich, daß sie wahrnahm, daß es ihr K war, das die Eltern ärgern mußte. Um diese ER-Wahrnehmung zu unterstreichen und das K dafür zu gewinnen, fügte Dr. Q. sofort eine externe Illustration (b) hinzu. Ihr darauf folgendes Lachen war eine Bestätigung. Weil das unmittelbare Ziel ein transaktionales war und weniger ein analytisches, wurde keine Interpretation versucht. Statt dessen ging Dr. Q. sofort zur Kristallisierung über (c). Ihre Antwort war befriedigend, denn sie enthielt keine „Aber“, und alles, was er von ihr verlangen konnte, war das, was sie sagte: daß sie darüber nachdenken würde. Es gab offensichtlich keine Notwendigkeit, zu diesem Zeitpunkt die Sache weiter zu verfolgen, so daß Dr. Q. sofort auf die Probleme von jemand anderem einging.

Dr. Q.'s therapeutischer Plan war, unter ER-Kontrolle eine entscheidende Änderung von Sophias K-Sicht von sich selbst und der Welt um sie her herbeizuführen. Das würde sie dazu befähigen, ihre Umgebung zu genießen und ihre Angstanfälle aufzugeben. Sie würde dann in der Lage sein, ihre Fahrt nach Europa anzutreten und zu genießen. Nach ihrer Rückkehr könnte sie, wenn sie das wünschte, in die Gruppe zu-

rückkommen, so daß ihre Lage durch analytische Vorgehen stabilisiert werden könnte, um noch etwas von dem latenten paranoiden Druck von ihrem Kind zu nehmen. Einige der anderen Gruppenmitglieder, die zuerst eine Besserung vorgenommen und danach die Analyse gemacht hatten, bemerkten, was er im Sinn hatte. Sie schienen für diesen Plan zu sein und taten ihr Bestes, um ihn zu unterstützen.

Dr. Q.'s Operationen – die Befragung (a), die Illustration (b) und die Kristallisierung (c) waren die Ergebnisse intuitiver, unmittelbarer Entscheidungen. Nachher war er jedoch fähig, sie en detail zu erklären, und zwar anhand der elf genannten Kriterien. Zweifellos hat die komplette vernunftmäßige Deutung in einem vorbewußten, schnell arbeitenden „Computer“ stattgefunden, als die Entscheidungen getroffen wurden.“ In diesem Beispiel ging die Abfolge der Operationen ganz logisch vor sich von der Befragung bis zur Kristallisierung.

Erwähnt werden sollte hier auch noch die „Bullaugen“-Transaktion, eine Operation, die gleichzeitig auf das EL, ER und K des Patienten therapeutisch einwirkt.<sup>2)</sup> Das ist ein Ideal, um das man sich bemühen sollte.

#### **Verweise:**

- 1) **Berne, E.**, Concerning the nature of diagnosis. Int. Rec. Med. 1952, 165, 283-292
- 2) **Berne, E.**, Transactional Analysis in Psychotherapy. A Systematic Individual and Social Psychiatry. New York: Grove Press, Inc., 1961, Seite 236, (Kap. 5, Anm. 5)

Deutsche Übersetzung **von Eva Maria Schmidt-Mappes** und **Helmut Harsch**, überarbeitet von **Heidrun Peters**

#### **Quellennachweis:**

Der Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Verlages aus:

Berne, **Eric**, Principles of Group Treatment. **New York: Oxford University Press; 1966**, S. 233-258 (Kapitel 11: Basic Techniques).