

Solidaritätserfahrung in der Psychotherapie

Sonja Pasch

Zusammenfassung: Solidaritätserfahrung in der Psychotherapie

Diese Arbeit präsentiert die zentralen Ergebnisse einer qualitativ-empirischen Untersuchung zum Thema Solidaritätserfahrung in der Psychotherapie. Es wird aufgezeigt in welcher Art und Weise sich Solidaritätsbekundungen durch PsychotherapeutInnen auf PatientInnen, den Therapieprozess und die therapeutische Beziehung auswirken. Neben der Durchleuchtung des Solidaritätsbegriffes eröffnet die Recherche rund um die Themenbereiche der sozialen Unterstützung, der Ko-respondenz, des partiellen Engagements, der selektiven Offenheit, der Kongruenz, der Selbstoffenbarung und der Gegenübertragung eine zusätzliche Perspektive. Die Auswirkungen von Solidaritätsbekundungen in der Psychotherapie werden in drei Dimensionen – „*erlebte Solidarität*“, „*Anwendungsformen von Solidarität in der psychotherapeutischen Praxis*“ und „*Risiken*“ – dargestellt.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Solidarität, Ko-respondenzmodell, Selbstoffenbarung, soziale Unterstützung

Abstract: Solidarity Experience in Psychotherapy

This work presents the key findings of a qualitative-empirical study on the subject of solidarity experience in psychotherapy. It shows the effect of psychotherapist's expressions and feelings of solidarity on patients, the therapeutic process and the therapeutic relationship. In addition to examining the term solidarity, the research investigates the themes of social support, co-respondence, partial engagement, selective openness, congruence, self-disclosure and countertransference. The impacts of solidarity on the psychotherapeutic process are presented in three dimensions – “*experienced solidarity*”, “*application forms of solidarity in the psychotherapeutic practice*” and “*risks*”.

Keywords: psychotherapy, solidarity, co-respondence model, self-disclosure, social support

Es gibt Themen, die – so will es eine Redensart – in der Luft liegen. Dabei sind sie alles andere als ätherisch und abgehoben, vielmehr handfest und aktuell, also provoziert von gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen oder vom wie immer zu bestimmenden Geist einer besonderen Gegenwart. (Küchenhoff, 2001, S. 7)

Themen, die in der Luft liegen, spiegeln sich immer wieder in zwischenmenschlichen Beziehungen und werden oft erst dadurch erkennbar. Die Solidarität als elementare Form mitmenschlicher Beziehungen ist kein neues Thema; eher eines, das uns ganz an den Anfang der Korrespondenz zurückführt, aber es trifft den Geist der Gegenwart (Pasch, 2015). Im Kontext von Globalisierungsphänomenen finden Individualisierungsprozesse vor dem Hintergrund einer zunehmenden Komplexität gesellschaftlicher Problemlagen statt. Voranschreitende Fragmentierungen und biografische Diskontinuitäten benötigen deshalb als Kompensation vermehrt unterstützende Erfahrungen (Gahleitner, 2012; Keupp, 1997). Erlebte Solidarität im therapeutischen Umfeld wird so auch zu einer Antwort auf psychosoziale Fragestellungen.

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer qualitativ-empirischen Untersuchung (Pasch, 2015), in welcher der Frage nachgegangen wurde, wie sich Solidaritätsbekundungen durch TherapeutInnen auf PatientInnen, den Therapieprozess und die therapeutische Beziehung auswirken. Zunächst werden grundlegende Definitionen zur Solidarität und sozialen Unterstützung vorgestellt. Zusätzlich bietet diese Arbeit eine Gedankenfolge rund um die Thematik der therapeutischen Selbstoffenbarung, und verwandten Begrifflichkeiten, mit Bezugnahme zur Solidaritätserfahrung für PatientInnen. Abschließend werden neben ausgewählten Ergebnissen dieser Studie auch Kategorisierungen von Solidaritätsbekundungen, die TherapeutInnen an ihre PatientInnen weitergeben, vorgestellt und die daraus resultierenden Benefits und Risiken näher beleuchtet.

Solidarität – Grundlagen

In Schmidts (1994) etymologischen Nachforschungen ist Solidarität gleichzusetzen mit *Zusammengehörigkeitsgefühl*, *Gemeinsinn*, *enger Verbundenheit* und bedeutet aus dem Französischen und Lateinischen übersetzt *echt* und *ganz*. Ein solidarischer Mensch ist ein *echter*, *ganzer* Mensch, eine *integrierte* Persönlichkeit, niemals *selbst-los*, eher *ganz selbst*. Schmid überlegt aus entwicklungspsychologischer und anthropologischer Perspektive weiter, dass es zuerst um Solidarität geht, denn am Beginn steht die Beziehung, in die ein Mensch hineingebohren wird, die spontane Begegnung und die Gruppe, die ihn solidarisch aufnimmt. Erst als Antwort gibt es dann das *Ich*.

Solidarität wird in der Begegnungsphilosophie als eine Grundverfasstheit des Menschen gesehen. „Die Beziehungsfähigkeit und -angewiesenheit des Menschen ist grundsätzlich eine Tendenz zur Solidarität“ (Schmid, 1994, S. 505).

Laut Sachse, Fasbender, Breil und Pueschel (2009) gibt es sechs Beziehungsmotive: Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Grenzen/Territorialität. Solidarität lässt sich in weiterer Folge zusammenfassen in dem Spruch: Wenn ich dich rufe, dann kommst du! Botschaften sind: „Ich bin auf deiner Seite. Ich bin für dich da. Ich schütze dich. Ich werde dir helfen“ (Sachse, Fasbender, Breil & Pueschel, 2009, S. 75).

Solidarität – soziale Unterstützung – Netzwerktheorien

Nestmann (2010) beschreibt die *Soziale Unterstützung* (engl. social support) als den emotionalen und psychologischen Rückhalt, welchen die Mitwirkenden eines persönlichen sozialen Netzwerks einem Individuum bereitstellen und bieten. Es geht einerseits um die Vermittlung durch die Menschen eines sozialen Netzwerks, ein wertgeschätztes Mitglied einer Gemeinschaft zu sein und als Mensch gewürdigt zu werden. Andererseits beinhaltet es, die Sicherheit zu bekommen, dass Stress- und Belastungssituationen bewältigbar sind, da es Menschen gibt, die unterstützend zur Seite stehen. Dies ist eine wichtige Bedingung zur Erhaltung von Gesundheit, Wohlbefinden und der Unterstützung in der Lebensbewältigung in allen Lebensbereichen. Röhrle und Laireiter (2010) weisen auf eine Entwicklung von Netzwerkinterventionen und -therapien in der Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie hin, die auf den Erkenntnissen zu den salutogenen Wirkungen von sozialen Netzwerken beruhen. Nestmann (2010) betont, mit dem Hinweis auf Forschungsergebnisse, dass insbesondere die *wahrgenommene* Unterstützung den höchsten prognostischen Wert hat, und dass Menschen, wenn sie angemessen Support bekommen, in und an Krisen wachsen können. „Über Soziale Netzwerke auf diese Weise Anerkennung, Zuneigung, Sicherheit und Rückhalt zu erfahren, gehört zu den Grundbedürfnissen eines Menschen“ (Gahleitner, 2012, S. 42).

Solidarität und Selbstöffnung im psychotherapeutischen Kontext

In einer Arbeit, die den Solidaritätsbegriff im Psychotherapieprozess erfasst, ist es erforderlich, auch die Thematik der *Selbstoffenbarung* und Benennung bzw. Mitteilung der *Gegenübertragung* von PsychotherapeutInnen während therapeutischer Sitzungen mit in den Blick zu nehmen. Laut Wöller (2014) beschreibt die Gegenübertragung alle emotionalen Reaktionen, Gedanken und Fantasien der TherapeutInnen, die sich auf ihre PatientInnen beziehen, unabhängig davon, ob sie ihren Ursprung in den Reaktionen der PatientInnen oder in den eigenen Erfahrungen oder

unbewussten Konflikten der TherapeutInnen haben. Für Finke (2008) gehört Selbstöffnung zu einer methodenunabhängigen Kennzeichnung therapeutischer Interventionen. Er unterscheidet hier zwischen stützenden und konfrontierenden Formen von Selbstöffnen, wie zum Beispiel dem Mitteilen zustimmender Anteilnahme, dem Mitteilen von Ähnlichkeiten, dem Mitteilen positiver Bewertungen, dem Anbieten alternativer Perspektiven und dem Mitteilen konfrontativer und emotionaler Resonanzen (Finke, 2008; Finke & Teusch, 2004).

Yalom (2010) unterteilt in drei Bereiche der therapeutischen *Selbstoffenbarung*: Im *Mechanismus der Therapie* werden Prozesse und Grundlagen der Behandlung offengelegt. Mit der Enthüllung der *Hier- und Jetzt-Gefühle* meint er die Kundmachung der Gegenübertragung. Der dritte Bereich umfasst Selbstenthüllungen *das Privatleben der Therapeutin/des Therapeuten* betreffend.

Der Solidaritätsbegriff in der *Integrativen Therapie* kann entlang des Ko-respondenzmodells, des vierten Wegs der Heilung, sowie der Konzeption des partiellen Engagements und der selektiven Offenheit verortet werden. Das *intersubjektive Ko-respondenzmodell* wird in der *Integrativen Therapie* als eines der zentralen Konzepte gesehen. Im Psychotherapieprozess bedeutet der Ko-respondenz-Begriff im Unterschied zum therapeutischen Gespräch, Dialog oder Diskurs ein *Sich-in-Beziehung-setzen* auf verbaler und nonverbaler Ebene in Kontext und Kontinuum (Petzold, 1996). Der *vierte Weg der Heilung* in der *Integrativen Therapie* beschreibt alltagspraktische Hilfen, die Förderung der Bildung sozialer Netzwerke sowie die Ermöglichung von Solidaritätserfahrung. Leitner (2010) weist darauf hin, dass im vierten Weg der Heilung die Relation zur Sozialität, die Erfahrung von Solidarität, sozialer Zugehörigkeit und Eingebundenheit hervorgehoben werden und es eben ganz pragmatisch um Hilfen der Lebensbewältigung geht.

In Therapieprozessen kann davon ausgegangen werden, dass PatientInnen bewusst und unbewusst wahrnehmen, was in TherapeutInnen vor sich geht. Deshalb ist es für TherapeutInnen nicht möglich und auch nicht wünschenswert, ihre Gefühle gänzlich zu verbergen, sondern auf Basis des Ko-respondenzprozesses im Zusammentreffen der augenblicklichen Befindlichkeit der Patientin/des Patienten und der Therapeutin/des Therapeuten die entstandene, spontane Qualität der Beziehung zu erkennen, und gegebenenfalls auch mit *selektiver Offenheit* zu reagieren. Dies bedeutet, der Patientin/dem Patienten die eigene Wahrnehmung zur Verfügung zu stellen, sofern dies hilfreich erscheint. Petzold (1996) argumentiert hier mit zunehmender Erfahrung der Therapeutin/des Therapeuten auch von einer intuitiven Ebene, da sich die Therapeutin/der Therapeut auf das für die Patientin/den Patienten im Moment Erforderliche einstellt. Der *selektiven Offenheit* liegt eine Haltung des Sicheinlassens, eine Haltung des *partiellen Engagements* zugrunde, welche vier Ebenen erkennen lässt: „Das Einlassen auf sich selbst. Das Einlassen auf den Patienten. Das Einlassen auf Inhalte, die in der therapeutischen Sitzung zur Sprache kommen. Das Einlassen auf den aktuellen Kontext der Therapiesituation“ (Petzold, 1996, S. 256).

Vergleichend dazu verweist die *Personzentrierte Psychotherapie* darauf, dass Persönlichkeits- und Veränderungsprozesse in einer Psychotherapie an Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz geknüpft sind (Auckenthaler, 2008). Bezugnehmend auf die Solidaritätserfahrung in der Psychotherapie liegt es nahe, den Begriff der *Kongruenz* näher zu durchleuchten, denn hier geht es um die Transparenz der Therapeutin/des Therapeuten für die Patientin/den Patienten. Dazu gibt es von den VertreterInnen der *Personzentrierten Psychotherapie* unterschiedliche Zugänge und Argumentationslinien. So plädierte Brodley (2011) immer für große Vorsicht in Bezug darauf, was PsychotherapeutInnen aus ihrem Bezugsrahmen einbringen, und begründet dies in der Irritierbarkeit von PatientInnen, im Machtgefälle in der Psychotherapie und im Respekt vor der Selbstbestimmung der PatientInnen. Andere AutorInnen wie Mearns und Cooper (2005) scheuen nicht davor, sich aktiv selbst einzubringen. Stumm und Keil (2014) weisen darauf hin, dass Äußerungen aus dem Bezugsrahmen der PsychotherapeutInnen als Ausdruck des eigenen Erlebens formuliert sein sollen, denn es stärkt das Beziehungsband, wenn die TherapeutInnen nachvollziehbar machen, wie sie zu ihrer Aussage kommen.

Innerhalb der Psychoanalyse werden teils kontroverse Standpunkte zu dieser Thematik diskutiert, die sich in den Aussagen unterschiedlicher VertreterInnen widerspiegeln. Winnicott (1974) geht davon aus, dass die natürliche Affektivität von TherapeutInnen und ihre spontanen Gesten umso mehr zur Geltung kommen, wenn sie keinem *Neutralitätsideal* nacheifern müssen. Schafer (1995) bemängelt, dass in vielen Psychotherapien TherapeutInnen auf die Möglichkeit, auf eine persönliche Art und Weise mit den PatientInnen zu sprechen verzichten bzw. von dieser Gelegenheit nicht genügend Gebrauch machen. Er unterstreicht seine Kritik mit einem Beispiel. PsychotherapeutInnen können entweder so artikulieren: „Sie müssen sich schrecklich gefühlt haben“, oder so: „Wie schrecklich“ (Schafer, 1995, S. 412)! Schafer sieht in der ersten Formulierung eine nicht wünschenswerte Distanzierung durch die Therapeutin/den Therapeuten. Spricht die Therapeutin/der Therapeut hingegen frei und professionalisiert die eigenen Aussagen nicht, tritt ihre/seine persönliche Präsenz stärker in den Vordergrund und ermöglicht so in der Interaktion eine Mischung aus Wärme, Führung, Interpretation, Beruhigung, Standhaftigkeit usw. (Schafer, 1995).

Für Bollas (2014) kann es einen positiven Nebeneffekt haben, wenn die Therapeutin/der Therapeut etwas von sich selbst und ihren/seinen Gefühlen spüren lässt, denn die Patientin/der Patient könnte es als indirekte Erlaubnis interpretieren, auch bei sich selbst bestimmte Gefühle und Phantasien zuzulassen und zu zeigen. Selbstverständlich sollte die Patientin/der Patient darauf vorbereitet sein, und es muss klar sein, dass solche Enthüllungen dem Ziel dienen, die Therapie voranzutreiben. Gill (1983) dagegen geht davon aus, dass zu viele Selbstenthüllungen der Therapeutin/des Therapeuten die Erkundung der subjektiven Erfahrungen der Patientin/des Patienten stilllegt. „Just as no-one can be truly neutral all the time, no-one can be truly empathic all the time, either“, wie Maroda (2004, S. 20) zu bedenken gibt, und weiter empfiehlt: „The criti-

cal guiding factor for the therapist is the patient. The patient will tell you everything that you need to know, if you will only listen to him and consult with him“ (Maroda, 2004, S. 21). Jede/Jeder der Beteiligten sollte ihrer Meinung nach ein Gefühl dafür entwickeln, was angenehm und angemessen ist, denn aufgrund einer Angst vor Fehlern in der Gegenübertragung wäre es schade, dieses Instrument auszulassen und nicht aktiv zu nutzen. „*Offenheit* muss eine Sache gewachsenen Vertrauens sein, wie *Ferenczi* für die Mutualität zeigte. Sie muss von der verantworteten Willensentscheidung getragen sein, diese Offenheit gewähren, und von der reflektierten Bereitschaft und Möglichkeit, diese Parrhesie auch tragen zu können“ (Petzold, 2006, S. 3).

In der Zusammenschau der Diskussion zu den Begrifflichkeiten der *Gegenübertragung* und therapeutischen *Selbstoffenbarung* wird ersichtlich, dass nicht jede Selbstoffenbarung oder Darbietung der Gegenübertragung durch TherapeutInnen eine *Solidaritätsbekundung* ist, aber vice versa die Solidaritätsbekundung eine Selbstoffenbarung sein kann.

Solidarisches Handeln im psychotherapeutischen Kontext zeigt sich auch im Zurverfügungstellen alternativer Erfahrungswelten. Da sich Bindungsmuster auch in kognitiven Skripten spiegeln, können diese durch korrektive emotionale Erfahrungen und kognitive Neubewertungen verändert werden (Strauß, Kirchmann, Schwark & Thomas, 2010). Für die Arbeit mit traumatisierten PatientInnen stellt Gahleitner (2008) fest: „Zentral daran aus der Perspektive der Bindungstheorie ist die aufrichtige menschliche Begegnung als Alternativerfahrung zur bisherigen Beziehungsverunsicherung, eine gemeinsame Ko-Konstruktion in identitätsstiftenden Erzählungen, diesmal mit einer vertrauenswürdigen Person“ (S. 160).

Inwieweit sich Selbsteinbringen als Intervention positiv auf Therapieergebnisse auswirkt, ist umstritten. Finke (2008) listet neben Studien mit positiven Effekten auch solche auf, in denen keine oder sogar negative Wirkungen nachweisbar sind. Dies hat möglicherweise auch etwas mit unterschiedlichen Definitionen zu tun.

Empirische Untersuchung und zentrale Ergebnisse zu Solidaritätserfahrung in der Psychotherapie

Als methodische Vorgehensweise im Rahmen eines qualitativen Ansatzes zur Erhebung, wie sich Solidaritätsbekundungen durch TherapeutInnen auf PatientInnen, den Therapieprozess und die therapeutische Beziehung auswirken, wurde die Gruppendiskussion gewählt. Im Frühjahr 2015 wurden somit drei Gruppendiskussionen mit folgenden Gruppen durchgeführt: Psychotherapeutinnen (Integrative Therapie, fünf Teilnehmerinnen), PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision (Integrative Therapie, drei TeilnehmerInnen) sowie Patientinnen, die gerade eine Integrative Therapie durchlaufen (drei Teilnehmerinnen). Das Datenmaterial wurde

mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) ausgewertet. Die Ergebnisse zu den Auswirkungen von Solidaritätsbekundungen in der Psychotherapie zeigen die drei folgenden Dimensionen – „*erlebte Solidarität*“, „*Anwendungsformen von Solidarität in der psychotherapeutischen Praxis*“ und „*Risiken*“ (Pasch, 2015). Im Folgenden sollen die Daten extrahiert und mit den Überlegungen der Literatur verwoben werden.

Erlebte Solidarität

Diese erste Dimension wird unterteilt in die beiden Kategorien: „*erlebte Solidarität innerhalb der Lehrtherapie*“ und „*erlebte Solidarität in der Praxis*“. Im Abriss der TherapeutInnengruppen wird sichtbar, dass sich die eigene Toleranz der TherapeutInnen in Bezug auf die Selbstoffenbarung stark unterscheidet, wie dies Maroda (2004) beschreibt, denn alle Beteiligten sollten ein Gefühl dafür entwickeln, was angenehm und angemessen ist und dies auch gemeinsam, im besten Sinne mit den PatientInnen, ausbalancieren. Wesentlich in Zusammenhang mit dem vierten Weg der Heilung ist für die TherapeutInnen die Bewusstheit der eigenen Solidaritätserfahrungen, da diese, wie sich in den Diskussionen gezeigt hat, das eigene therapeutische Handeln stark beeinflusst. Auch Hafke (1996) weist darauf hin, dass die Therapeutin/der Therapeut sich nur mit einer guten Selbstregulation der eigenen Gefühle und Bedürfnisse für die PatientIn/ den Patienten engagieren kann.

- Innerhalb der Lehrtherapie

In den Gruppen von TherapeutInnen wurde sehr deutlich erkennbar, dass die eigenen Erfahrungen der TherapeutInnen aus der Lehrtherapie das berufliche Identitätsbild prägen, sowie Einfluss auf die eigene Entwicklung und die eigene innere Haltung zu Solidarität und selektiver Offenheit in der Psychotherapie haben.

- In der Praxis

Ebenso können hier Rückschlüsse auf die PatientInnen gezogen werden, denn natürlich bringen auch die PatientInnen Solidaritätserfahrungen aus ihren Lebenskontexten mit. Es kann hilfreich sein, die enge Verflechtung des vierten Weges der Heilung, dem *Solidaritätsweg* mit exzentrischer Überschau, mit dem zweiten Weg der Heilung (emotionale Differenzierungsarbeit, Nachsozialisation, Parenting und Reparenting) mit in den Blick zu nehmen. Denn basierend auf dem Hintergrund der *korrigierenden emotionalen Erfahrungen* kann den PatientInnen ein *heilsames Solidaritätserleben* oft erst ermöglicht werden (Pasch, 2015).

Eine Therapeutin hat mit einem Beispiel aufgezeigt, dass auch bei TherapeutInnen durch PatientInnen Solidaritätserfahrungen ausgelöst werden können (Pasch, 2015). Dies kann allerdings

nur in einem Ko-respondenzprozess entstehen, wo ein *Sich-in-Beziehung-setzen* auf verbaler und nonverbaler Ebene unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes/Kontinuums angestrebt wird (Petzold, 1996).

Anwendungsformen der Solidarität

Diese Dimension gibt einen Einblick in die Solidaritätsinterventionen von TherapeutInnen und wurde in die folgenden vier Kategorien unterteilt: „*von sich selbst zu erzählen*“, „*von anderen mittels Beispiel zu erzählen*“, „*parteiisch mit den PatientInnen zu sein*“ und „*alltagspraktische Hilfen anzubahnen*“ (Pasch, 2015).

- Von sich selbst erzählen

Die TherapeutInnen beider Gruppendiskussionen beschreiben, dass sie zu manchen Themen in der Psychotherapie durchaus sehr gerne ihre eigenen Erfahrungen einbringen und erzählen, solange sie sich dabei wohl fühlen und ihre eigenen Grenzen gewahrt bleiben, wie dies auch Hafke (1996) darlegt. Die TherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision haben beobachtet, dass Offenheit zu Offenheit führt, und es den PatientInnen zum Beispiel bei Kinderthemen gut tut, zu wissen, dass auch ihre Therapeutin/ihr Therapeut Kinder hat. Ebenso haben zwei PatientInnen diese Art der Solidarisierung, wenn ihre TherapeutInnen kurz aus ihrem eigenen Leben erzählt haben, als sehr angenehm und hilfreich erlebt. Eine Patientin hat dazu nur eine positive Erfahrung gemacht, sonst ist diese Solidarisierung in ihren Therapieprozessen nicht vorgekommen.

- Von anderen mittels Beispiel erzählen

Nehmen TherapeutInnen Bezug auf andere PatientInnen oder Menschen, ist es ratsam, diese Beispiele nicht zu allgemein zu formulieren, da sie sonst wie Vergleiche wirken, und dies dann nicht immer entlastend, sondern auch irritierend erlebt werden kann.

- Parteiisch sein

Vielleicht wäre es treffender, die eindeutige Parteinahme als spezielle Solidarisierungsform einzuordnen oder als *eindeutige Positionierung* zu formulieren, da Schigl (2014) sehr eindrücklich zu bedenken gibt, dass durch die Parteinahme ein Statusgefälle entsteht. Sich jedoch mit jemandem zu solidarisieren, dessen Anliegen zu teilen und für wichtig zu erachten, drückt eine ethisch-politische Haltung aus, und es kann ein Zusammengehörigkeitsgefühl entstehen oder vermittelt werden.

Schafers rhetorische Überlegungen, die den Unterschied in den Formulierungen „Sie müssen sich schrecklich gefühlt haben!“ und „Wie schrecklich!“ (Schafer, 1995, S. 412) aufzeigen, finden sich auch in den Gruppendiskussionen als These wieder, denn die PatientInnen haben in Bezug auf die klaren Positionierungen ihrer TherapeutInnen sehr feine Antennen, und erleben gerade eine *entprofessionalisierte* Aussage wie z. B.: „Wie schrecklich!“, die das Gefühl der Therapeutin/des Therapeuten und das Gefühl der Patientin/des Patienten mit einbezieht, als enorm bereichernd und entlastend.

- Alltagspraktische Hilfen

In den Gruppendiskussionen wurden ganz konkrete Beispiele der TherapeutInnen in Bezug auf alltagspraktische Hilfen eingebracht, die sehr gut beschreiben, was sich Petzold, Hass, Märtens und Steffan (2000) im vierten Weg der Heilung wünschen, nämlich die Förderung von exzentrischer Übersicht, und von Solidaritätserfahrungen durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment. Leitner (2010) hebt in diesem Zusammenhang ganz pragmatisch hervor, dass es um Hilfen der Lebensbewältigung geht. Im Rahmen der Datenauswertung hat sich gezeigt, dass die PatientInnen in dieser Kategorie keine Äußerungen gemacht haben, was möglicherweise ein Hinweis darauf sein kann, dass das Verständnis der TherapeutInnen in Bezug auf den vierten Weg der Heilung in der Integrativen Therapie den PatientInnen deutlicher vermittelt gehört.

Risiken

Die dritte Dimension der „Risiken“, die Solidarisierungen in der Psychotherapie in sich bergen, wird in allen drei Gruppen sehr umfangreich diskutiert. Eine genaue Darstellung der Ergebnisse folgt im Rahmen der Schlussfolgerungen.

Schlussfolgerungen

Mit dem Hintergrund der Humantherapie und des Verständnisses der Integrativen Therapie in Bezug auf die therapeutische Beziehung wird mit Hilfe der vorliegenden theoretischen Abhandlung und der empirischen Untersuchungsergebnisse eine klare Antwort auf die Forschungsfrage (*Wie wirken sich Solidaritätsbekundungen durch TherapeutInnen auf PatientInnen, den Therapieprozess und die therapeutische Beziehung aus?*) formuliert (Pasch, 2015):

Auf *PatientInnen* können sich Solidaritätsbekundungen durch TherapeutInnen dann positiv auswirken, wenn:

- die TherapeutInnen ehrlich, empathisch und authentisch sind.
- die TherapeutInnen sich selbst dabei wohl fühlen.
- sie den Bedürfnissen der PatientInnen angepasst sind.
- sie entsprechend dosiert werden.
- das Erleben der TherapeutInnen in Bezug zur Solidaritätsbekundung für die PatientInnen transparent gemacht wird.
- die PatientInnen sich dadurch besser verstanden fühlen.
- sie eine entlastende Wirkung auf die PatientInnen haben.
- durch diese Bestärkung ein Gefühl der emotionalen Annahme und Stütze entsteht.

Auf den *Therapieprozess* können sich Solidaritätsbekundungen durch TherapeutInnen dann positiv auswirken, wenn:

- dadurch für die PatientInnen emotionale Ausdrucksmöglichkeiten entstehen, die den Therapieprozess voranbringen.
- sie auf Augenhöhe geschaffen werden.
- dadurch für die PatientInnen das Selbst- und Identitätserleben prägnanter wird.
- für die PatientInnen durch alltagspraktische Hilfen tragfähige soziale Netzwerke entstehen und gefördert werden und die PatientInnen dadurch heilende Erfahrungen außerhalb des therapeutischen Settings machen.
- bei den PatientInnen positive persönliche Wertebezüge entstehen.

Auf die *therapeutische Beziehung* können sich Solidaritätsbekundungen dann positiv auswirken, wenn:

- dadurch eine partnerschaftliche Ebene zwischen TherapeutInnen und PatientInnen entsteht.
- Offenheit zu Offenheit führt.
- die Interaktion zwischen PatientInnen und TherapeutInnen auch in Bezug auf die Solidarität gemeinsam konstruiert wird.

Im Umgang mit Solidaritätsbekundungen sollten den TherapeutInnen auch immer die *Risiken* bewusst sein, denn Solidaritätsbekundungen mit Selbstoffenbarungen können einerseits als sehr schutzgebend und heilsam erlebt werden, können sich aber andererseits (wenn fehlplatziert) auch belastend auf die PatientInnen auswirken. Finke (2008) fasst die Risiken vor allem in drei Variablen zusammen, da Selbstoffnen auch in der Alltagskommunikation vorkommt, besteht die Gefahr emotionaler Verstrickungen. Selbstoffnen kann von TherapeutInnen unbewusst als Gegenübertragungsgagieren benutzt werden und so zu Schädigungen bei PatientInnen führen. Zudem ist zu beachten inwieweit die therapeutische Selbstöffnung für die individuelle Verfasst-

heit von PatientInnen förderlich ist. So können durch zu viel Lob Abhängigkeiten verstärkt werden, oder durch zu konfrontative Selbstoffenbarungen Verunsicherungen erzeugt werden.

Die Risiken, welche die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen herausgearbeitet haben, werden hier zusammengefasst.

Solidaritätsbekundungen können sich negativ auswirken, wenn:

- durch scheinbare Erlebnis-Parallelitäten von TherapeutInnen und PatientInnen der individuelle Kontext aus den Augen verloren wird.
- durch zu viel Selbstoffenbarung der TherapeutInnen eine *Modellwirkung* für die PatientInnen entsteht.
- die TherapeutInnen mit ihren Selbstenthüllungen zu viel Raum einnehmen und nicht zum Therapieprozess zurückfinden.
- die TherapeutInnen die eigenen ungelösten Themen einbringen.
- die Metaebene verloren geht.
- falsche Parteinahme passiert.
- die Selbstöffnung der TherapeutInnen die PatientInnen zusätzlich belastet.
- die Authentizität der TherapeutInnen fehlt.
- wenn eine zu starke Solidarisierung die Abschlussphase in der Therapie blockiert.

Neben einer Klärung und Differenzierung der verschiedenen Dimensionen von *Selbsteinbringen* müssen künftige Studien verschiedene Klientenmerkmale (z.B. Art und Schwere der Störung wie der Persönlichkeitscharakteristika) und Prozessmerkmale berücksichtigen. Sie müssen sich also die Frage vorgeben, welche Formen von Selbsteinbringen bei welchen Klienten (Störung und Persönlichkeitsstruktur) in welcher Prozessphase förderlich wirken. (Finke, 2008, S. 465)

Mit diesem Beitrag soll ein klarer Schritt in Richtung Solidarisierung gesetzt werden, da aus entwicklungspsychologischer und anthropologischer Sicht zuallererst die Solidarität ist. Denn zuerst ist die Beziehung, in die ein Mensch hineingeboren wird, die spontane Begegnung, die Gruppe, die ihn solidarisch aufnimmt. Das *Ich* gibt es erst als Antwort darauf (Schmid, 1994). Was dieses Thema übrigens wieder an den Beginn dieser Arbeit zurückführt. „Wir Menschen sind solidarische Wesen. Wieso also sollten wir dann gerade in der Psychotherapie oder der Humantherapie nicht solidarisch sein“ (Pasch, 2015, S. 68)?

Literatur

- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Band 2: Spezieller Teil) (S. 1195-1212). Tübingen: DGVT.
- Bollas, C. (2014). *Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung* (4. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brodley, B. (2011). Reasons for responses expressing the therapist's frame of reference. In K. Moon, M. Witty, B. Grant & B. Rice (Hrsg.), *Practicing Client-Centered Therapie. Selected writings of Barbara Temaner-Brodley* (S. 4-27). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Finke, J. & Teusch, L. (2004). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 356-362.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Band 1: Allgemeiner Teil) (S. 457-489). Tübingen: DGVT.
- Gahleitner, S.B. (2008). Neue Bindungen wagen: personzentrierte und beziehungsorientierte Therapie bei komplexer Traumatisierung. In G. Fischer & P. Schay (Hrsg.), *Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 151-168). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gahleitner, S.B. (2012). „Und wenn es schwierig wird?“ Therapeutische Beziehungsgestaltung im „hard to reach“-Bereich. *Integrative Therapie*, 38(1), 37-59.
- Gill, M. (1983). The Interpersonal Paradigm and the Degree of the Therapist's Involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19(2), 200-237.
- Hafke, C. (1996). *Macht, Ohnmacht und Machtmißbrauch in therapeutischen Beziehungen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Keupp, H. (1997). Von der (Un-)Möglichkeit erwachsen zu werden - Jugend heute als „Kinder der Freiheit“ oder als „verlorene Generation“. *Journal für Psychologie*, 5(4), 36-54.
- Küchenhoff, J. (2001). *Solidarität und Selbstverwirklichung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer-Verlag.
- Maroda, K.J. (2004). *The Power of Countertransference*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mearns, C. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

- Nestmann, F. (2010). Soziale Unterstützung - Social Support. In W. Schröder & C. Schweppe (Hrsg.), *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online* (S. 1-39). Weinheim: Juventa Verlag.
- Pasch, S. (2015). *Solidaritätserfahrung in der Psychotherapie*. Master Thesis, Donau-Universität Krems, Krems.
- Petzold, H.G. (Hrsg.). (1996). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (3. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M. & Steffan, A. (2000). Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 26(2-3), 277-354.
- Petzold, H.G. (2006). Sándor Ferenczi, ein Pionier moderner und integrativer Psychotherapie und Traumabehandlung. 75 Jahre "klinisches Tagebuch" und "mutuelle Analyse". *Integrative Therapie*, 32(3-4), 227-272.
- Röhrle, B. & Laireiter, A.-R. (2010). Netzwerkforschung in der Psychologie. In Ch. Stegbauer & R. Häusling (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (S. 907-916). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Pueschel, O. (2009). *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schafer, R. (1995). *Erzähltes Leben – Narration und Dialog in der Psychoanalyse*. München: Pfeiffer.
- Schigl, B. (2014). Frauenspezifische/Feministische Arbeit mit Integrativer Gestalttherapie. In T. Ebermann, J. Fritz, K. Macke & B. Zehetner (Hrsg.), *In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie* (2. Auflage) (S. 135-146). Wien: Psychosozial-Verlag.
- Schmid, P.F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch*. (Band 1: Solidarität und Autonomie). Köln: Humanistische Psychologie.
- Strauß, B., Kirchmann, H., Schwark, B. & Thomas, A. (2010). *Bindung, Sexualität und Persönlichkeitsentwicklung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stumm, G. & Keil, W. (2014). *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Winnicott, D.W. (1974). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial.
- Wöller, W. (2014). *Bindungstrauma und Borderline-Störung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT)*. Stuttgart: Schattauer.
- Yalom, I. (2010). *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht* (3. Auflage). München: Goldmann.

Angaben zu der Autorin

Sonja Pasch, BEd, MSc, Psychotherapeutin (Integrative Therapie), diplomierte Sonderpädagogin, langjährige Tätigkeit als Sonderschul- und Sprachheillehrerin in verschiedenen Arbeitsfeldern, u. a. auch an der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tulln, in freier Praxis seit 2010.

Kontakt: sonja.pasch@gmail.com

Web-Adresse: <http://www.psychotherapie-pasch.at>

Zitationsempfehlung

Pasch, S. (2017). Solidaritätserfahrung in der Psychotherapie. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 5(1), S. 75-88. Zugriff am 15.05.2017. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>