

## Das Ende eines analytisch-therapeutischen Prozesses

Tagesseminar vom 28. September 2002

Thomas Cotar

42

Am 28. September fand in der Helferei in Zürich ein Tagesseminar mit dem Thema „Das Ende eines analytisch-therapeutischen Prozesses“ statt.

Ich werde im folgenden drei der vier Referate dieser Tagung zusammenfassen, der Vortrag von *Karola Dürr* wird als ganzer im *Jahrbuch Daseinsanalyse* 2003 erscheinen.

Im Einführungsreferat „die Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung im Jahr 2002“, nahm *Thomas Steiner* Bezug auf seinen Artikel zum Thema „das wenig bedachte Therapieende“ (*Daseinsanalyse* 12 : 1-4 95, S.212-219) und verglich die Bedingungen der Behandlungen bzw. der Beendigungen von Therapien früher mit den jetzigen.

Die therapeutischen Angebote und Techniken haben sich vermehrt und viele davon versprechen Heil. Alles scheint machbar zu sein, so dass die Bereitschaft zur analytischen Therapie auch aus zeitlichen und finanziellen Gründen geringer ist. Seit Freud war man der Meinung, das Erlangen von Genuss- und Leistungsfähigkeit seien das Hauptkriterium für die Beendigung von Therapien bzw. Analysen. Steiner ging Fragen nach wie: Gelten heute noch die gleichen Kriterien? Was gilt heute als der richtige Zeitpunkt zur Beendigung? Soll das Ende gemeinsam geplant werden? Soll überhaupt eine bestimmte Frist gesetzt werden? Mit dem Therapieende verknüpft sind Therapieziele. Die Ansichten darüber variieren: Patienten orientieren sich meistens an den sie einschränken den Symptomen, fremde Kostenträger wollen Erfolge sehen, diese sollen auch messbar sein, wir Analytiker sehen dies differenzierter.

Der Stellenwert der Thematik in der Ausbildung ist eher gering: zu Beginn sind Erstinterview und Diagnosestellung gefordert, Zielvorstellungen verlieren sich im praktischen Alltag. Zwei Ausnahmen zu erwähnen: Die Kurzpsychotherapie mit initial festgelegter Therapiedauer, in der das Ende immer schon mitschwingt und die Gruppenanalyse (slow-open-Gruppe) bei der ältere Gruppenmitglieder nach und nach aus der Gruppe ausscheiden und durch neue ersetzt werden, so dass das Therapieende eigentlich permanent präsent ist.

Der Referent gab im Folgenden einen Überblick über die ältere und neuere

Literatur zum Thema Therapieende: *Sandor Ferenczi* (1928) meint: „Die richtige Beendigung einer Analyse ist wohl die, bei der weder der Arzt noch der Patient kündigt; die Analyse soll sozusagen an Erschöpfung sterben, (...)“. In praxi werden wohl sehr viel tiefere Ziele gesteckt werden müssen. *Sigmund Freud* schrieb 1937 zum Thema: „Die Analyse ist beendet, wenn Analytiker und Patient sich nicht mehr zur analytischen Arbeitsstunde treffen.“ Bedingung sei aber gemäss Freud erstens, dass der Patient nicht mehr an Symptomen leide und seine Ängste wie seine Hemmungen überwunden habe und zweitens, dass der Analytiker befinde, es sei beim Kranken so viel Verdrängtes bewusst gemacht, so viel Unverständliches aufgeklärt, so viel innerer Widerstand besiegt worden, dass man die Wiederholung der betreffenden pathologischen Vorgänge nicht zu befürchten brauche.

In Arbeiten aus unserer Zeit meint etwa *Kupers* (1988), der Patient müsse den Therapeuten oder die therapeutische Funktion soweit verinnerlicht haben, dass der in der Therapie eingeschlagene Weg selbst weitergeführt werden könne. *Ticho* (1971) nennt die Fähigkeit zur Selbstanalyse als Therapieziel. Voraussetzung dafür sei Selbstbeobachtung, Selbsteinsicht und ein freier Zugang zum Unbewussten, wobei *Thomas Steiner* den freien Zugang zum Unbewussten als schlicht realitätsfremd einstufte. Gemäss *Condrau* (1963) solle die analytische Kur dem Kranken dazu verhelfen, alle ihm eigenen, jedoch noch nicht wesentlich übernommenen, ferngehaltenen daseinsgemässen Möglichkeiten durchsichtig zu machen und der Persönlichkeit zu integrieren.

Zum Schluss meinte *Thomas Steiner* noch: Wir erleben oft, dass Therapieziele von den Patienten im Verlauf stillschweigend selbst modifiziert werden. Vielfach ist es unserer Ansicht nach nicht nötig, eine Therapieziel-Modifikation der Patienten anzusprechen. Wir glauben dadurch die Arbeit zu stören. Anders ist es, wenn sich externe Kostenträger an der Therapie beteiligen und bezüglich Therapiedauer anfragen. Dies beim Patienten anzusprechen kann auch eine gute Gelegenheit sein, eine gemeinsame Standortbestimmung vorzunehmen und allenfalls eine Beendigungsphase einzuleiten.

43

44

Barbara Halbheer referierte anhand einer Falldarstellung über „eine Therapie mit mehreren Enden“. Sie schilderte eine Patientin, deren Therapieverlauf sich mit zwei Unterbrüchen über mehrere Jahre erstreckte. In einer ersten Therapiephase ging es zunächst darum, Männerbeziehungen zu klären und zu ordnen sowie ihre belastete Kindheit in Worte zu fassen. Die Auseinandersetzung mit ihrer Vergangenheit wurde aber immer wieder durch dringliche äussere Probleme gestört, die geklärt werden mussten. Ein tieferes Interesse an Vergangenheitsbewältigung schien nicht vorhanden zu sein. Mit zunehmender Sicherheit ertrug die Patientin das rein professionelle Verhältnis zur Therapeutin nicht mehr. Sie trat zunehmend „kumpelhaft“ auf und wünschte auch Kontakt ausserhalb der Therapie, was die Therapeutin ablehnte. Als Folge verabschiedete sich die Patientin bald aus der Therapie, ohne Gehör für kritische Einwände gegen dieses eher abrupte Ende.

Einige Jahre später kam sie erneut in die Therapie, weil sie enttäuscht, voller Angst und verzweifelter Wut alten Problemen gegenüberstand, die trotz der ersten Therapiearbeit wieder aufgebrochen waren. Obwohl es bald wieder zu einer Beruhigung der äusseren Situation kam, vermochte sie sich auch dieses Mal nicht tiefer in die Therapie einzulassen. Eine Bekannte der Patientin, die zur gleichen Zeit bei der gleichen Therapeutin in Behandlung war, wurde in der Phantasie der Patientin zur Rivalin, mit der sie in ein konkurrenzierendes Verhältnis geriet. Als sie erfuhr, dass die Bekannte die Therapie bald beenden würde, begann auch sie vom Therapieende zu sprechen. Auch dieses Mal war sie für Einwände gegen ein abruptes Ende nicht zugänglich.

Die dritte Therapiephase begann einige Monate später wieder anlässlich einer äusseren Krise, die dieses Mal zusätzlich eine medikamentöse Behandlung erforderlich machte. Jetzt war sie mit vielen Einschränkungen und Enttäuschungen in ihrem Umfeld konfrontiert, wobei es ihr zunehmend gelang diese einigermassen hinzunehmen. Auch Kritik nahm sie immer weniger als Ablehnung wahr, Begrenzungen und Wünsche anderer lernte sie zu respektieren. Auch begann sie Kompromisse zu schliessen und sich selbst zu reflektieren, sich Fra-

gen zu stellen, die ihr die Therapeutin jeweils gestellt hatte. Das Ende der dritten Phase war nicht mehr so abrupt. Es gelang ihr, auch selbst zurückzublicken und eine kritische Distanz sowohl zu sich wie auch zu ihrer Therapeutin einzunehmen.

Insgesamt war das dritte Ende anders als die ersten beiden. Der Blick richtete sich nicht mehr nur auf die andern, sondern auch auf sich selbst. Allen drei Enden spielten die Themen Selbstbestimmung, Rivalität und der Wunsch, in Stärke triumphieren zu können, eine wichtige Rolle.

Ich brachte zum Schluss des Seminars noch ein Fallbeispiel aus meinem praktischen Alltag zum Thema Therapieabbruch. Eine Patientin mit Panikattacken, die bereits zwei Therapieabbrüche und eine erfolglose medikamentöse Behandlung hinter sich hatte, beginnt ihre Therapie, in deren Verlauf die Symptome rasch verschwinden und sich eine milde positive Übertragung einstellt. Schon zu Beginn begleicht sie das Honorar immer wieder mit deutlicher Verzögerung. In der Auseinandersetzung um dieses Phänomen vom Blickpunkt des Arbeitsbündnisses verhärten sich die Fronten. Die beabsichtigte Bearbeitung vom Blickpunkt der Übertragung scheitert am unvermittelten Therapieabbruch durch die Patientin. Obwohl noch ein telefonischer und brieflicher Meinungsaustausch folgt, kommt die Therapie zu einem einseitig gewünschten, vorzeitigen Ende. In der Analyse des Therapieabbruchs zeigt sich die teilweise Wiederholung eines neurotischen und somit unbewussten Konfliktes: infantile, bedrohliche Trennungsängste, Angst vor Scham und Schuld in der Übertragung zum Therapeuten und in der äusseren realen Situation mit dem in die Honorarbegleichung involvierten Ehemann. Ein alt bewährtes neurotisches Konfliktlösungsmuster der Patientin, nämlich sich möglichst ruhig zu verhalten (Vermeidung von Autonomie), um niemandes Unmut zu erregen, schlug fehl, da der Therapeut sich nicht „beruhigen“ liess und wieder einmal nach einer ausstehenden Rechnung fragte.

Es stellte sich am Ende der Therapie die Frage, ob die Handhabung des un-

45

- 46 mittelbar vor Abbruch sich ereignenden Verhaltens durch den Therapeuten zureichend war und ob das genannte Phänomen des regelmässig zu spät Bezahlens eher vom Bezugspunkt des Arbeitsbündnisses oder der Übertragung hätte angegangen werden sollen.

## Daseinsanalytisches Seminar

Dr. med. Karola Dürr  
Dr. phil. Alice Holzhey  
Dr. med. Uta Jaenicke  
Barbara Kamer-Risch  
Dr. med. Perikles Kastrinidis  
Dr. med. Hansruedi Schurter  
Dr. phil. Daniela Sichel Imthurn

### Seminarleitung

47

### Adressen

Barbara Kamer-Risch  
Frankengasse 6, 8001 Zürich  
01 261 51 10  
barbara.kamer@daseinsanalyse.ch  
und

Dr. med. Perikles Kastrinidis  
Frankengasse 6, 8001 Zürich  
01 251 73 81  
perikles.kastrinidis@daseinsanalyse.ch

Dr. med. Perikles Kastrinidis

info@daseinsanalyse.ch

www.daseinsanalyse.ch

### Co-Präsidium

### Psychotherapie- vermittlung

### Auskunft über die Aus- bildung

### Homepage