

Jeffrey Young: «Körperkontakt zwischen Therapeut(in) und Patient(in) ist erlaubt»



Dr. Jeffrey Young arbeitete zunächst bei Joseph Wolpe, dem Begründer der Verhaltenstherapie und systematischen Desensibilisierung. Später war er langjähriger enger Mitarbeiter von Aaron T. Beck, mit dem er zahlreiche Arbeiten über Depression und Kognitive Therapie veröffentlicht hat. Bekannt wurde er durch die Entwicklung der Schematherapie für Persönlichkeitsstörungen. Heute ist er Forscher, Universitätslehrer, Ausbilder und praktizierender Schematherapeut sowie Direktor des Schematherapie-Instituts in New York. Die Fragen stellte Prof. Dr. Michael Linden, Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin.

In den neueren Beschreibungen der Schematherapie empfehlen Sie, den Patienten gelegentlich auch körperlich zu berühren oder in den Arm zu nehmen. Bei welchen Patienten ist dies angezeigt?

Jeffrey Young: Die körperliche Berührung von Patienten ist kein zwingender Teil der Schematherapie, und die meisten Schematherapeuten berühren ihre Patienten auch nicht. Ich sehe in körperlichen Berührungen zwischen Therapeut und Patient eine therapeutische «Technik», die nur bei schwerstkranken Patienten gelegentlich zum Einsatz kommt, beispielsweise bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das betrifft in meiner Praxis etwa 5% der Patienten.

Körperkontakte zwischen Therapeut und Patient werden in der Schematherapie als eine optionale Intervention angesehen zur Herstellung einer Art positiven Eltern-Kind-Beziehung zwischen Therapeut und Patient («limited reparenting»). Es gibt Patienten, die sind nie in ihrem Leben von ihren Eltern oder sonst jemandem in den Arm genommen worden. Wenn sie fragen, ob es in Ordnung sei, einmal in den Arm genommen oder gedrückt zu werden, muss der Therapeut entscheiden, in welchen Fällen und zu welchem Zeitpunkt es angemessen ist, dies dann im Rahmen der Therapie zu tun.

Wenn der Therapeut oder der Patient sexuelle Gefühle zueinander haben, sind Berührungen nicht erlaubt. Sie sind nur möglich, wenn der Patient im Zustand des «verletzlichen Kin-

des» ist, nicht wenn sich Therapeut und Patient als Erwachsene gegenüberstehen. Solche Berührungen des Patienten durch den Therapeuten müssen sich also emotional so anfühlen, als sei der Therapeut so etwas wie Vater oder Mutter und der Patient ein Kind.

Aus meiner Sicht gibt es nur zwei erlaubte Formen gegenseitiger therapeutischer Körperberührungen: (a) Der Therapeut kann den Arm um die Schulter des Patienten legen, wie ein Erwachsener es bei einem anderen Menschen machen würde, den er trösten möchte. Man schaut sich dabei nicht an, und der Körperkontakt beschränkt sich auf den Arm des Therapeuten und die Schulter des Patienten. Dies sollte auch nicht länger als 5–10 Minuten andauern. (b) Therapeut und Patient können sich kurzfristig umarmen und drücken, ohne dass sich die Körper eng aneinander schmiegen. Dies ist ähnlich, wie wenn sich zwei Freunde zur Begrüßung umarmen.

Ein derartiger Körperkontakt ist vor allem in den frühen Therapiestadien angezeigt, um eine «Reparenting»-Beziehung («Neu-» oder «Wieder-Beelterung», «Nachnahrung») zu ermöglichen; er ist im weiteren Therapieverlauf dann auch wieder zu beenden und zu unterlassen. Die Phase, in der Körperkontakt zwischen Therapeut und Patient erlaubt ist, beläuft sich also nur auf wenige Monate im gesamten Therapieverlauf.

Die positiven Wirkungen können bei schwerkranken Patienten, die niemals zuvor in den Arm genommen wurden oder

Intimität erlebt haben, beeindruckend sein. Sie bekommen das Gefühl, dass sich jemand um sie kümmert, dass jemand sie wertschätzt, und sie lernen, wie wichtig auch Körperkontakt zu anderen Menschen außerhalb der Therapie ist. In einigen Fällen genügt die verbale Unterstützung des Patienten nicht, um das Gefühl zu erzeugen, dass sich wirklich jemand um ihn oder sie kümmert. Dies kann durch einen therapeutischen Körperkontakt besser erreicht werden.

Wie vermeiden Therapeuten, dass Patienten sich in sie verlieben oder bei Körperkontakt den Therapeuten küssen?

Jeffrey Young: Es kommt häufig vor, dass sich Patienten mit Borderline-Störung in den Therapeuten verlieben. Das geschieht, auch ohne dass Körperkontakt stattgefunden hat, und man kann dies auch nicht verhindern. Man sollte das auch nicht als anormal oder ungesund bezeichnen, solange der Patient sich nicht in diesen Gedanken verrennt, das Gefühl nicht anhält und nicht mit der Therapie interferiert.

Wenn der Therapeut merkt, dass sich der Patient in ihn verliebt hat, dann sollte Körperkontakt verboten sein. Solche Gefühle zwischen Patient und Therapeut sollten während der Therapie auch direkt angesprochen werden. Gelegentlich können solche positiven Gefühle des Patienten zum Therapeuten, solange sie nicht zur Obsession werden, auch helfen, dass die Behandlung besser läuft. Der Patient sollte ganz offen darüber informiert werden, dass es einerseits normal ist, dass Patienten sich in Therapeuten verlieben, dass es andererseits aber wegen der Therapie völlig ausgeschlossen ist, dass daraus eine Romanze wird.

Ich selbst habe nie erlebt, dass ein Patient versucht hat, mich zu küssen. Falls dies passieren sollte würde ich den Patienten freundlich auf Distanz halten und in nicht kritisierender Form erläutern, dass Derartiges in einer Therapie nicht erlaubt ist. Es müsste dann noch eine klare Grenze gesetzt werden.

Wie kann man juristische Probleme und Missverständnisse vermeiden und dem Risiko vorbeugen, dass ein Patient später überhaupt, sexuell genötigt oder missbraucht worden zu sein?

Jeffrey Young: Dies ist ein Risiko, das jeder Therapeut eingeht, wenn er Patienten berührt. Es liegt in der Verantwortung des Therapeuten, sich vorher ein klares Bild darüber zu machen, ob so etwas im vorliegenden Falle bei diesem Patienten drohen könnte. So sollte man niemals einen Patienten berühren, der schon einmal gegen einen Therapeuten geklagt hat oder der Racheaktionen gegen andere Personen ausgeführt hat. Die Gefahr von juristischen Konsequenzen scheint jedoch gering, wenn man berücksichtigt, dass sich, soweit bekannt, noch nie ein Schematherapeut deswegen juristisch verantworten musste. Ein guter Schematherapeut stellt sicher, dass der Patient die Berührungen wahrnimmt als Ausdruck des Sich-um-den-Patienten-Sorgens, nicht als sexuelle Handlung.

Andere therapeutische Schulen sind aus grundsätzlichen therapeutischen Gründen strikt gegen Körperkontakt zwischen Therapeut und Patient und sehen darin eine Grenzüberschreitung. Wie ist Ihre Einstellung dazu?

Jeffrey Young: Ich denke, dass man eine gute Balance braucht zwischen einer guten und fürsorglichen Beziehung einerseits und Grenzsetzungen, die den Patienten wie den Therapeuten schützen, andererseits. Dies muss nach den individuellen Gegebenheiten entschieden werden. Mein Eindruck ist, dass eine Therapie bei schweren Persönlichkeitsstörungen effektiver ist, wenn die Grenzen nicht so rigide sind, wie es in manchen anderen Therapieschulen vorgegeben wird. Eine zu große therapeutische Distanz kann dazu führen, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen keine korrektiven emotionalen Erfahrungen machen.

Berührungen und Umarmungen sind auch nicht die häufigste Ursache in der Schematherapie für die Infragestellung therapeutischer Grenzen. Dies geschieht beispielsweise auch im Rahmen einer Selbstöffnung oder dadurch, dass das Setting und die Kleidung des Therapeuten in der Schematherapie häufig eher informell sind, mit lockerer Kleidung oder auch gegenseitigem Duzen, falls Patient und Therapeut dies bevorzugen.

Eine kürzlich abgeschlossene größere Studie, die die Schematherapie mit einer psychodynamischen Therapie verglichen hat, zeigte, dass die therapeutische Beziehung in der Schematherapie sowohl von den Patienten wie auch von den Therapeuten positiver eingeschätzt wurde. Auch war die Drop-out-Rate geringer, was möglicherweise mit der engeren therapeutischen Beziehung zusammenhing. Dies wird teilweise dadurch erreicht, dass die therapeutischen Grenzen etwas lockerer gehalten werden.

Meine Einstellung zu therapeutischen Grenzen ist empirisch orientiert. Führt die strikte therapeutische Abgrenzung zu besseren oder schlechteren Ergebnissen in der Psychotherapie? Meine persönliche Erfahrung ist, dass sich eine gute Balance von offener Beziehung und angemessenen Grenzen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am besten bewährt. Es wäre zu klären, ob dies auch für kürzere Therapien, bei anderen psychischen Störungen oder weniger schwerkranken Patienten gilt. Eine eindeutige Überschreitung therapeutischer Grenzen liegt vor bei jeder Form von Küssen oder sexuellem Kontakt, Berührungen oder Umarmungen in einer romantisierenden oder sexuellen Form, gemeinsamen Unternehmungen oder gemeinsam verbrachter Zeit außerhalb der Therapiesitzungen und einem Grad von Selbstöffnung des Therapeuten, der dazu führt, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut eher die Form einer Freundschaft, denn einer professionellen Beziehung annimmt.

Vielen Dank!