

Psychotherapie



Mechthild Kerkloh (Hrsg.)

Interaktions- bezogene Fallarbeit

Ein praxisorientiertes Handbuch

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Herausgeberin

Dipl.-Psych. Mechthild Kerkloh, Studium der Psychologie und Philosophie, 2001 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin, seitdem niedergelassen in eigener Praxis in Berlin mit Schwerpunkt Borderline und Trauma. Zusatzausbildungen als DBT-Therapeutin, Schematherapeutin und EMDR-Therapeutin.

Seit 2008 IFA-Leiterin, Vorsitzende der IFA-Gesellschaft des Verbandes für integrative Verhaltenstherapie (VIVT).

Darüber hinaus ist sie tätig als Supervisorin, als Dozentin am IVT (GmbH) und betreibt seit 2017 eine Lehrpraxis.

Kontaktdaten: Mechthild Kerkloh, Blücherstr. 38, 10961 Berlin-Kreuzberg, E-Mail: mechthild.kerkloh@web.de

Mechthild Kerkloh (Hrsg.)

Interaktionsbezogene Fallarbeit

Ein praxisorientiertes Handbuch

Mit Beiträgen von Holger Feiß, Johannes
Grünbaum, Christian Ehrig, Christin Eichner,
Jens Nieswandt, Alexandra Heinke und
Mechthild Kerkloh

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2018

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Illustrationen: Friedrich Althausen, friedrichalthausen.de

Print:

ISBN 978-3-17-032053-6

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-032054-3

epub: ISBN 978-3-17-032055-0

mobi: ISBN 978-3-17-032056-7

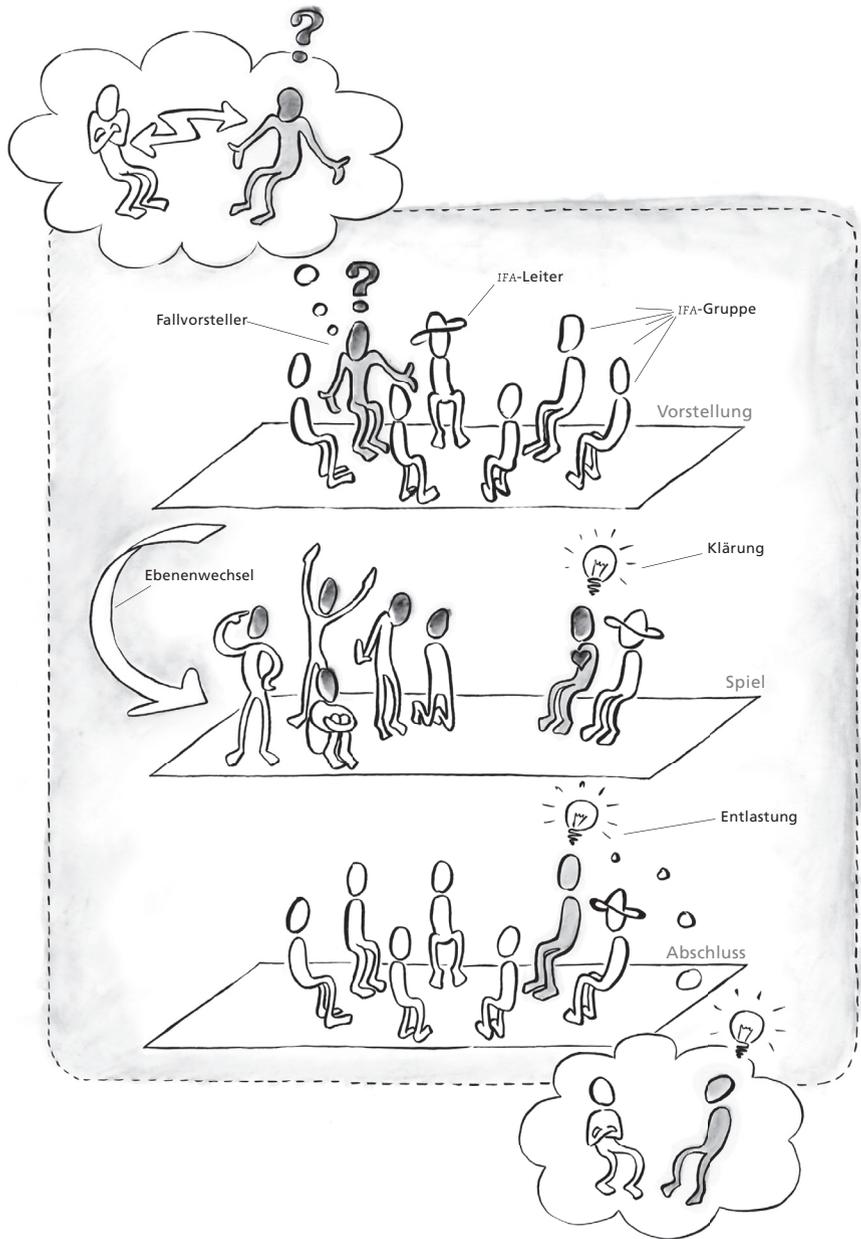


Abb. 1: Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) mit Fallbericht, Ebenenwechsel und Integration der IFA-Erfahrung ins therapeutische Repertoire

Inhalt

Einleitung	11
<i>Mechthild Kerkloh</i>	
Zur Entstehung des Buches	13
1 Typisches Beispiel einer IFA-Gruppe	15
<i>Mechthild Kerkloh</i>	
1.1 Schritt 1: Einstimmung und Rückmeldung zur vergangenen IFA	15
1.2 Schritt 2: Eröffnungsrunde	16
1.3 Schritt 3: Kurzvorstellung potenzieller Fälle	16
1.4 Schritt 4: Auswahlrunde	17
1.5 Schritt 5: Fallvorstellung	19
1.6 Schritt 6: Gruppenresonanz	20
1.7 Schritt 7: Resonanz bei der Fallvorstellerin/Formulieren eines Auftrags an die Gruppe	21
1.8 Schritt 8: Interaktion innerhalb der Gruppe	23
1.9 Schritt 9: Ebenenwechsel	26
1.10 Schritt 10: Reflexion über den Prozess und Beendigung	30
1.11 Schritt 11: Rückmeldung an den Leiter	31
2 Woher kommt die IFA? Ein kurzer geschichtlicher Abriss	32
<i>Johannes Grünbaum</i>	
2.1 Psychotherapeutische Reflexionen in der ehemaligen DDR	32
2.2 IFA als Erfordernis in der ärztlichen Weiterbildung	34
2.3 IFA-Arbeit als Teil der psychologischen Aus- und Weiterbildung	35
2.4 IFA in der Verbändelandschaft	36
2.5 Versuche der Bündelung der verschiedenen Entwicklungen in Deutschland	37
2.6 Institutioneller Rahmen von IFA	38
2.7 IFA und Balint-Arbeit	39
IFA verlässt die verbale Ebene – wir nennen das den Ebenenwechsel	40

	IFA betont die Grenzen des Fallvorstellers – Umgang mit Sicherheitsbedürfnissen	41
	Leiterverhalten: Inhaltliche Zurückhaltung vs. Deutungshoheit	41
3	Was ist Interaktionsbezogene Fallarbeit?	43
	<i>Holger Feiß, Christin Eichner, Johannes Grünbaum und Alexandra Heinke</i>	
	3.1 Begriffsbestimmung	43
	3.2 Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie	43
	3.3 Theoretischer Hintergrund	47
	3.4 Strukturmerkmale von IFA	51
	3.4.1 IFA-Rollen	52
	3.4.2 Ablaufplan	57
	3.5 Rahmenbedingungen	60
4	Ablauf einer IFA-Sitzung	63
	<i>Mechthild Kerkloh</i>	
	4.1 Schritt 1: Einstimmung und Rückmeldung zur vergangenen IFA	64
	4.2 Schritt 2: Die Eröffnungsrunde	65
	4.3 Schritt 3: Kurzvorstellung potenzieller Fälle	67
	4.4 Schritt 4: Auswahlrunde	68
	4.5 Schritt 5: Fallvorstellung	71
	4.6 Schritt 6: Gruppenresonanz	73
	4.7 Schritt 7: Resonanz beim Fallvorsteller/Formulierung eines Auftrags an die Gruppe	75
	4.8 Schritt 8: Interaktion innerhalb der Gruppe	79
	4.9 Schritt 9: Ebenenwechsel	84
	4.10 Schritt 10: Reflexion über den Prozess und Beendigung	88
	4.11 Schritt 11: Rückmeldung an den Leiter	90
5	Techniken des Ebenenwechsels	91
	<i>Jens Nieswandt und Mechthild Kerkloh</i>	
	5.1 Veränderte Haltungen durch den Ebenenwechsel	91
	5.2 Gruppenwerkzeuge für die IFA	93
	5.2.1 Rollenspiele	93
	5.2.2 Gruppenskulptur	95
	5.2.3 Impacts/Symbole	97
	5.2.4 Interaktionsspiele	98
	5.2.5 Stühlearbeit	99
	5.2.6 Modiaufstellung	101
	5.2.7 Kognitive Techniken	101
	5.2.8 Kreativ-therapeutische Techniken	104

	5.2.9	Erlebnistherapeutische Techniken	105
5.3		Weitere Anregungen und Materialien für den Ebenenwechsel	105
6		Spezifische Herausforderungen	107
		<i>Holger Feiß</i>	
6.1		Gruppenklima	107
6.2		IFA-Rollen	110
	6.2.1	Aushandeln der Rollen	111
	6.2.2	Einnehmen der Rollen	114
	6.2.3	Ausgestalten der Rollen im weiteren Verlauf	127
6.3		Besondere Teilnehmer	134
6.4		Leiter im Stress	136
7		Ausbildung zum IFA-Leiter	139
		<i>Johannes Grünbaum</i>	
7.1		Erforderliche Kompetenzen eines IFA-Leiters	139
	7.1.1	Auseinandersetzung mit impliziten Mustern in der Handlungsregulation	139
	7.1.2	Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung in Kollegengruppen, Konfrontation mit Gefühlen wie Scham und Schuld	140
	7.1.3	Sensibilität für den Ebenenwechsel und den IFA- Prozess mit seinem Ablauf	141
	7.1.4	Fähigkeit zur Trennung von supervisorischen Anteilen und Aufgaben der Leitung der IFA-Gruppe, inhaltliches Verständnis nutzen	142
	7.1.5	Mischung aus Struktur geben und Freiraum lassen ...	143
	7.1.6	Aushalten des Nichtmitmachen-Könnens und des Ausgeschlossen-Werdens, inhaltliche Zurückhaltung	144
	7.1.7	Starke Gefühle und Unklarheit aushalten können ...	144
	7.1.8	Geringe Zielgerichtetheit aushalten, Implizites ist nicht sofort explizierbar	145
	7.1.9	Spaß am Spiel – Gelassenheit, Gewähren lassen	145
7.2		Umsetzung im Rahmen der Ausbildung in der IFA- Gesellschaft	146
	7.2.1	Seminare	146
	7.2.2	Praktischer Erfahrungsbereich	147
8		Interaktionsbezogene Fallarbeit in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung	149
		<i>Christian Ehrig</i>	
8.1		IFA-Regelungen der Landesärztekammern	151

8.2	Ausbildung zum Gruppenleiter für die Interaktionsbezogene Fallarbeit	153
8.3	Anerkennungsverfahren als IFA-Gruppenleiter	154
9	Ausblick	156
	<i>Johannes Grünbaum</i>	
	Literatur	158
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	163
	Arbeitsblatt: Ablaufplan einer IFA-Sitzung	165
	Infoblätter	166
	A: Techniken, die im Ebenenwechsel angewendet werden können	166
	B: Materialien (Anregungen)	168
	Stichwortverzeichnis	171

Einleitung

Mechthild Kerkloh

Kennen Sie das?

Sie kommen gut gelaunt in die Praxis oder die Ambulanz, doch Ihre gute Laune verschwindet schlagartig, wenn Sie die erste Patientin sehen. Frau Müller mit ihrer Bulimia Nervosa, die die meiste Zeit über versucht, Sie in Diskussionen über die gesundheitsförderlichen Aspekte von Trennkost und vegetarischer Ernährung zu verwickeln, Ihnen aus dem Internet ausgedruckte Studien mitbringt und kaum bereit ist, über andere motivationale oder gar emotionale Aspekte ihres Essverhaltens zu sprechen. Ihr Rat als Experte wird vehement eingefordert, Ratschläge werden aber kaum umgesetzt. Sie haben schon alle erdenklichen Techniken versucht und Gesprächsstrategien angewendet, aber nichts war nachhaltig zielführend. Das macht Sie hilflos und ziemlich ärgerlich. Wie oft haben Sie schon daran gedacht, die Behandlung zu beenden? Aber irgendwie haben Sie auch Mitgefühl mit ihr, die sich zusehends in ihren Ess- und Verhaltensvorschriften verliert. Sie hat in ihrem Leben wirklich wenig Aufmerksamkeit und Verständnis erfahren, so dass Sie ihre Ablehnung, über Gefühle zu sprechen, gut nachvollziehen können. Außerdem hat sie etwas ganz Liebenswertes und auf ihre Art gibt sie sich viel Mühe. Sie geben sich einen Ruck und begrüßen sie freundlich, aber während der Stunde wachsen innerlich wieder der Ärger und die Hilflosigkeit, die ganze Behandlung kommt Ihnen sinnlos vor. Als sie erneut beginnt, ihren neusten Diätplan zu rechtfertigen, platzt Ihnen doch der Kragen. Im gleichen Moment fühlen Sie sich mies, bekommen ein schlechtes Gewissen Frau Müller gegenüber und können ihre trotzige Fassungslosigkeit und Enttäuschung über den Ausbruch kaum aushalten.

Trotz jahrelanger Erfahrung passiert es uns mit manchen Patienten, dass wir mit dem Verlauf einer Therapie unzufrieden sind, weil wir selber »viel zu emotional« auf diese Patienten reagieren, uns hilflos fühlen oder nicht professionell genug intervenieren können. Wir bemerken in der Therapie keine sichtbaren Fortschritte und werden zornig auf uns oder die Patienten, ohne erkennen zu können, was eigentlich schief läuft. Manchmal gehen auch Stunden richtig gegen die Wand, die Patienten werden ärgerlich oder fühlen sich gekränkt und verletzt, obwohl wir ihnen nur ein problematisches Verhalten spiegeln wollten. Es entspinnt sich eine mühsame Diskussion und Dynamik, die zu keinem Ergebnis führt. Danach fühlen wir uns als Therapeuten manchmal funktionalisiert, zum Täter stilisiert oder einfach missverstanden, nicht genug gesehen und ungerecht behandelt. Wir fühlen uns verantwortlich für den Therapieprozess, aber hilflos, aus dieser Beziehungsfalle, in die wir getappt sind, auch nur halbwegs souverän wieder herauszukommen, weil sich uns noch gar nicht erschließt, wie genau die Falle aussieht und wann sie zugeschnappt ist.

In diesem Fall sprechen wir von impliziten Mustern, die durch die Interaktion mit dem Patienten bei uns aktiviert wurden, die uns selber aber (zunächst) nicht bewusst sind – unsere eigenen blinden Flecken, die es trotz Selbsterfahrung, Supervision, jahrelanger Berufserfahrung und hoher Reflektiertheit immer wieder gibt.

Die aus unserer Sicht effektivste Methode zur Wiedererlangung unserer professionellen Haltung, unserer Zufriedenheit und unserer therapeutischen Arbeitsfähigkeit stellt die Interaktionsbezogene FallArbeit (IFA) dar. IFA ist eine spezifische Form der Fallbearbeitung impliziter kognitiver wie emotionaler Muster in der Begegnung von Patient und Therapeut. Die Arbeit erfolgt im Rahmen eines festen Ablaufs mittels Gruppeninteraktionen und unter dem vorrangigen Einsatz aller in der modernen Verhaltenstherapie integrierten Techniken. Sie hilft dem Therapeuten, seinen eigenen (diffusen) emotionalen Druckzustand zu verändern, seine Irritation zu verstehen, wieder handlungsfähiger zu werden und somit die Beziehung zum Patienten wieder bewusster und aktiver zu gestalten. Insofern dient die IFA dazu, die Kompetenz praktischer Therapeuten durch Optimierung der therapeutischen Beziehungsgestaltung zu erhöhen.

Dabei ist uns wichtig, dieses »Tappen in die Beziehungsfalle« nicht als etwas Defizitäres zu sehen, sondern als Chance zur Weiterentwicklung des eigenen Selbstverständnisses und der Qualität unseres therapeutischen Angebotes. Nach unserer Ansicht sind viele unserer intuitiv angewendeten Strategien zum (komplementären) Beziehungsaufbau zunächst internalisierte implizite Beziehungsmuster, die dann mit der Ausbildung und mit der Erfahrung als Psychotherapeut zunehmend zu reflektierten, bewusst anwendbaren Handlungsstrategien werden. Mit diesem Verständnis wird die »Beziehungsfalle« zum prinzipiell gewünschten Ereignis, da der Konflikt oder die Irritation zwischen Patient und Therapeut die impliziten Muster auf beiden Seiten aktiviert und erlebbar macht. Interaktionell denkende Therapeuten, die es inzwischen in vielen Therapieschulen gibt, gehen davon aus, dass das, was in der Therapie passiert, immer von beiden hergestellt wird. Weil sich unsere Entwicklung als Mensch vom Säuglingsalter an in Interaktion mit Anderen vollzieht, sind auch unsere seelischen Schwierigkeiten nur in einem interpersonellen Rahmen versteh- und änderbar. Allerdings gehört es zum Wesen von impliziten Mustern, dass diese nicht direkt reflektierbar sind. Wirken sie sich störend auf die Behandlung aus, spürt sie der Therapeut zunächst oft nur als Irritation, eigene emotionale Überreaktion oder Unlust und erlebt sich diffus als »scheiternd« beziehungsweise hilflos. Nach einer gelungenen IFA-Arbeit stehen diese nun explizierten emotionalen und kognitiven Muster als neue Werkzeuge in der Beziehungsgestaltung zum Patienten zur Verfügung. Ein Kollege hat einmal die Ausbildung zum Psychotherapeuten als »Bananen- Ausbildung« bezeichnet: »Wir werden grün gepflückt und reifen am Patienten«. Wir sehen dieses »Reifen« als einen lohnenden lebenslangen und spannenden Prozess.

Mit diesem Buch möchten wir »grünen« wie »gereiften« Kollegen ein gut verständliches und anwendungsnahes Manual an die Hand geben. Darüber hinaus soll anschaulich gemacht werden, wie wir die IFA – nach intensiven Diskussionen und langjährigen praktischen Erfahrungen – anwenden, beschreiben und theoretisch einordnen. Mit dieser »Standortbestimmung« hoffen wir zudem, zu einer frucht-

baren Weiterentwicklung der Methode beizutragen und eine Integration und Verbreitung der verschiedenen IFA-Varianten zu ermöglichen. Wir sehen unsere Arbeit an diesem Buch vor allem darin, die in der IFA enthaltene Struktur und die ihr zugrundeliegenden Überlegungen darzustellen. Dazu werden wir mit einem Praxisbeispiel beginnen, das einen typischen IFA-Prozess anschaulich macht (► Kap. 1). Auf dieses Beispiel werden wir uns im Verlauf des Buches immer wieder beziehen und es so auch theoretisch nachvollziehbar machen.

Die IFA ist vor allem in der Praxis entstanden, weiterentwickelt worden und hat sich dort vielfach bewährt und zu verschiedenen Varianten ausdifferenziert. Daher widmen wir uns im zweiten Kapitel dem geschichtlichen Hintergrund, d. h. der Entstehung der IFA. Hierbei wird auch auf die unterschiedlichen Herangehensweisen und Strukturen der Ausbildung zum Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch tätigen Arzt im Ostteil und Westteil Deutschlands eingegangen, die zu etwas unterschiedlicher Herangehensweise in der IFA-Arbeit geführt haben. Eine theoretische Verankerung sowie eine Erläuterung der Strukturelemente der IFA und ihrer Funktion findet im dritten Kapitel statt. Kapitel 4 gibt eine praxisnahe Anleitung, wie eine IFA-Gruppe unter Berücksichtigung der genannten Strukturelemente durchgeführt werden kann. Ergänzend dazu werden in Kapitel 5 bewährte Techniken zum Ebenenwechsel vorgestellt, die Teilnehmer wie IFA-Leiter zum Experimentieren anregen sollen. In Kapitel 6 werden dann spezifische Herausforderungen, die sich in IFA-Gruppen ergeben können, vor allem aus der Leiterperspektive dargestellt. Abschließend befasst sich Kapitel 7 mit Fragen zur IFA-Leiter-Ausbildung, Kapitel 8 mit der IFA im Kontext der ärztlichen Weiterbildung und zuletzt gibt Kapitel 9 einen Ausblick auf weitere Perspektiven der IFA und der Psychotherapie.

Zur Entstehung des Buches

Wir sind als IFA-Gesellschaft eine Arbeitsgruppe des VIVT (Verband für Integrative Verhaltenstherapie e. V.) und kooperieren mit dem staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut IVT-Psychotherapie GmbH, an dem eine Ausbildung zum IFA-Leiter angeboten, organisiert und verantwortet wird. Entstanden ist die Arbeitsgruppe aus unserem Enthusiasmus für die IFA-Methode mit dem Ziel, die IFA weiterzuentwickeln, IFA-Gruppenleiter stärker zu vernetzen und IFA einem breiteren Personenkreis bekannt zu machen.

Dieses Buch ist im Rahmen unserer 5-köpfigen Arbeitsgruppe entstanden. Wir haben uns regelmäßig getroffen, um die verschiedenen Kapitel inhaltlich zu besprechen und kritische Stellen zu diskutieren. Anschließend hat jeder ein oder mehrere Kapitel geschrieben, die dann wiederum von allen gelesen, diskutiert und redigiert wurden. Dadurch sind die einzelnen Kapitel stilistisch unterschiedlich, inhaltlich aber kohärent. Darüber hinaus konnten wir Herrn Dr. med. Christian Ehrig, Vorsitzender des Deutschen Ärzteverbandes für Verhaltenstherapie (DÄVT)

gewinnen, das Kapitel 8 zu schreiben. Mit ihm sind wir durch eine sehr konstruktive Zusammenarbeit, v. a. an den bisherigen überregionalen IFA-Kongressen verbunden.

Einige Auseinandersetzungen hatten wir hinsichtlich einer geschlechtergerechten Sprache und lernten einiges über unsere verschiedenen Sprach- und auch Kränkungserfahrungen. Unser Kompromiss: Wir benutzen das »generische Maskulinum«, wenn wir alle Geschlechter meinen, und verwenden in den Beispielen vorwiegend weibliche Formen, um daran zu erinnern, dass sowohl die meisten Therapeuten als auch Patienten Frauen sind.

Die Beispiele im Buch sind fiktiv oder aus Erinnerungsprotokollen erstellt. Dabei wurde sorgfältig auf eine Verfremdung bezüglich der realen IFA-Gruppen geachtet. Somit wollen wir einen Kompromiss schließen zwischen einer bildhaften Darstellung und der Einhaltung unserer Schweigepflicht.

Besonders dankbar sind wir den Vorab-Leserinnen unseres Buches. Die vielen kritischen und hilfreichen Anmerkungen haben wiederholt eine lebendige Auseinandersetzung angeregt. Besonders wollen wir hier den Kolleginnen Ilka Zänker, Grit Dannebauer und Rotraut Jatkowski danken.

Die Illustrationen wurden von Friedrich Althausen erstellt, nachdem er sich mehrere IFA-Prozesse angeschaut hat.

1 Typisches Beispiel einer IFA-Gruppe

Mechthild Kerkloh

In diesem Kapitel möchten wir Ihnen ein typisches Beispiel einer IFA-Gruppe vorstellen, damit Sie einen Eindruck bekommen, was in einer IFA-Runde passiert. In Kapitel 4 werden die einzelnen Schritte differenzierter erläutert. Das Beispiel ist fiktiv, enthält aber alle wesentlichen Schritte und häufigen Reaktionen der einzelnen Protagonisten.

Das Beispiel findet in folgendem Setting statt: Die IFA-Gruppe besteht seit zwei Jahren und trifft sich monatlich, dadurch ist bereits eine vertrauensvolle und offene Atmosphäre entstanden. Sie setzt sich zusammen aus Psychotherapeuten und Ärzten. Die Teilnehmer duzen sich untereinander. Von zehn Teilnehmern sind sieben anwesend: Anna, Brit, Clara, Dirk, Eva, Fina und Günter.

1.1 Schritt 1: Einstimmung und Rückmeldung zur vergangenen IFA

Nachdem alle Teilnehmer angekommen sind, eröffnet die Leiterin die Sitzung der IFA-Gruppe. Anschließend bittet sie die Fallvorstellerin der letzten IFA-Runde um eine kurze Rückmeldung, wie es ihr mit der vorgestellten Patientin ergangen ist.

Anna: »Für die, die nicht da waren: Ich hatte von einer Patientin berichtet, die ich als sehr farblos und kaum greifbar erlebt habe, was bei mir in den Therapiestunden immer zu kaum unterdrückbarer Müdigkeit geführt hatte. Die Gruppe hat im Rollenspiel einen Paravent zwischen mich und die Patientin gestellt, was meinem Empfinden ihr gegenüber sehr entsprach: Sie nicht sehen zu können und wie mit einer Wand sprechen zu müssen. Sehr geholfen hat mir, dass ich durch euer Spiel einerseits die Angst der Patientin vor Kontakt und Sichtbarwerden erleben konnte, andererseits ihr Bemühen um Kontakt, immerhin kommt sie sehr zuverlässig und ist wirklich motiviert. In den nächsten Stunden war ich dann viel wachsamer auch für ganz zarte Kontaktangebote ihrerseits und konnte meinerseits viel vorsichtiger darauf reagieren. Dadurch bekommt sie langsam für mich mehr Kontur und Farbe und ich bin nicht mehr so müde und erschöpft nach den Stunden. Euch noch mal vielen Dank für die hilfreiche Arbeit.«

1.2 Schritt 2: Eröffnungsrunde

Nach dieser Rückmeldung bittet die Leiterin jeden, kurz in sich zu gehen und sich auf die eigenen Patienten zu konzentrieren.

Leiterin: »Schließen Sie bitte für einen Moment die Augen und richten Sie die Aufmerksamkeit auf ihre Arbeit. Was kommt Ihnen als Erstes in den Sinn? Ist da z. B. ein Patient, der Sie besonders beschäftigt und bei dem Sie Irritation oder ein diffuses Gefühl von Ärger, Angst, Trauer, Unsicherheit oder Hilflosigkeit spüren? Oder bemerken Sie, dass Sie sich bei einem Patienten anders verhalten als üblich, z. B. die Stunden überziehen, häufiger auf die Uhr schauen oder sogar erleichtert sind, wenn eine Absage auf Ihrem Band ist. Vielleicht gibt es auch eine Konfliktsituation bei der Arbeit, z. B. im Team, die Sie belastet? Dann vergegenwärtigen Sie sich diesen Patienten oder diese Situation und schauen, ob Sie das heute vorstellen möchten.«

1.3 Schritt 3: Kurzvorstellung potenzieller Fälle

Nach einer Pause, nach der die Leiterin den Eindruck gewonnen hat, dass die meisten einen Entschluss gefasst haben:

Leiterin: »Wer hat denn heute etwas mitgebracht?«

Anna: »Ich habe diesmal nichts, ich war ja auch das letzte Mal dran.«

Clara: »Bei mir ist in der Probatorik ein Patient aufgetaucht, bei dem ich diagnostisch nicht auseinanderhalten kann, ob er paranoide Ideen hat oder tatsächlich überwacht wird. Er ist in der linksautonomen Szene aktiv, so dass es sogar nicht unwahrscheinlich wäre, andererseits hat er mir eine akribische Beweisliste vorgelegt, was schon wieder ziemlich übertrieben wirkte. Mich hat es irritiert. Das würde ich gerne anschauen.«

Dirk: »Ich habe eine Patientin mit einer histrionischen Störung. Sie hatte in der letzten Woche Geburtstag und saß allen Ernstes die Stunde darauf bei mir und weinte, weil sie von ihrem Mann nicht die 400-€-Schuhe bekommen hatte, die sie sich so sehr gewünscht hatte. Nach meinem Dafürhalten hatte sich der Mann große Mühe gegeben, ihr die Wünsche zu erfüllen, die sie in den letzten Monaten geäußert hatte. Ich kam in einen großen Loyalitätskonflikt, weil ich meine Patientin so dreist und undankbar fand, obwohl ich ja auch ihre Problematik kenne und weiß, was in solchen Situationen bei ihr passiert und wie schlimm sie sich dann fühlt. Auch wenn ich in der Situation erstmal ganz okay reagiert habe, hat mich das noch länger beschäftigt. Ich spüre so etwas wie ein inneres

Schnauben über so viel Dreistigkeit und Anmaßung auf Seiten der Patientin, dass ich es kaum fassen kann!«

Eva: »Bei mir laufen gerade alle Therapien gut.«

Fina: »Mich beschäftigt seit längerem ein älterer Patient, der oft sehr polterig sein kann. Wenn der schon zur Tür hineinkommt, habe ich ein mulmiges Gefühl, ich werde dann immer unsicherer und fühle mich unwohl. Wenn er dann noch eine abwertende Bemerkung z. B. über meine Arbeit macht, ist es ganz vorbei. Ich lasse ihn dann zu viel reden und fühle mich klein, unfähig und schlecht. Nach der Stunde ärgere ich mich sehr über mich, nicht souverän auf ihn reagiert zu haben, und insgeheim hoffe ich manchmal, dass er die Therapie abbricht.«

Leiterin: »Wer hat denn noch etwas? Wie ist es mit Ihnen, Brit?«

Brit: »Gestern habe ich von einer Patientin geträumt, das hat mich irritiert. Ich erlebe sie als sehr bedürftig und anhänglich und in meinem Traum war sie ständig an Orten, an denen ich auch war – im Park, bei einer Ausstellung, im Fitnessstudio. Ich habe immer versucht, sie zu ignorieren, fühlte mich aber zunehmend verfolgt. Ich hatte sie wirklich zwei Tage vorher zufällig im Kaufhaus getroffen, was auch okay war, ich habe sie kurz begrüßt und bin gegangen, aber scheinbar hat das doch noch nachgewirkt.«

Günter: »Mir geht ein Konflikt mit einem Pfleger durch den Kopf. Der verhält sich mir gegenüber immer wieder stark konkurrierend, aber nicht offen, sondern hinter meinem Rücken. Dann erfahre ich z. B. von Patienten, dass er meine Medikation falsch fand und mit ihnen diskutiert hat. Die Patienten sind dann verständlicherweise sehr verunsichert. Ich habe ihn schon zweimal in einem persönlichen Gespräch damit konfrontiert, aber da leugnet er und spielt den Unschuldigen. Ich könnte dann vor Ärger platzen, was ich nicht mache, die Blöße würde ich mir nicht geben, aber im Nachhinein verunsichert es mich und ich beginne, an mir zu zweifeln.«

1.4 Schritt 4: Auswahlrunde

Nach der Vorstellung der potenziellen Fälle bittet die Leiterin die Teilnehmer, sich für einen Fall zu entscheiden.

Leiterin: »Da haben wir ja heute fünf schöne potenzielle IFA-Fälle. Da wir nur für einen Zeit haben, lassen Sie uns jetzt abstimmen, welchen Fall Sie heute bearbeiten möchten? Ich fasse noch einmal kurz zusammen, was eingebracht wurde: Clara ist unsicher, ob ihr Patient paranoide Gedanken hat oder wirklich abgehört wird; Dirk spürt ein ›inneres Schnauben‹ über die Maßlosigkeit einer Patientin, die verzweifelt reagiert hat, weil