

Wie kann Personzentrierte Psychotherapie bei Covid-Patient*innen im klinisch-stationären Setting hilfreich sein?

Michaela Badegruber

Linz

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit klinisch-stationären Praxiserfahrungen mit infektiösen Covid-Patient*innen und setzt sich mit begegnungsphilosophischen Theorien, Grundhaltungen des personzentrierten Ansatzes und Entwicklungschancen auseinander. Die Daten für die Schlussfolgerungen entstammen meinen persönlichen Erfahrungen und Dokumentationen der Therapieeinheiten mit stationär behandelten Covid-Patient*innen. Zur Gewinnung der Ergebnisse wurde einerseits die Methode der Selbstreflexion der persönlichen Praxiserfahrungen entlang der personzentrierten Theorie und andererseits der Vergleich der Rahmenbedingungen für Psychotherapie auf Covid-Stationen mit den Rahmenbedingungen für Psychotherapie in psychiatrischen Stationen herangezogen. Der Beitrag geht der Frage nach, wie einzelne personzentriert gestaltete, nicht virtuelle Begegnungen unterstützend oder hilfreich für Covid-Patient*innen sein können. Es werden die Herausforderungen des personzentrierten Arbeitens bei veränderten Rahmenbedingungen, die Aufrechterhaltung der Authentizität unter Gefährdung der eigenen Gesundheit und das Erreichen von Grenzen der Empathie bei Wertekollisionen diskutiert.

Schlüsselwörter: infektiöse Covid-Patient*innen, direkter Kontakt, Personzentrierte Psychotherapie/Krisenintervention

How can person-centered psychotherapy be helpful with Covid-patients in a clinical-stationary setting? This article deals with the clinical-stationary practical experience with infectious covid patients and the interaction-philosophical theories, the fundamental principles of the person-centered approach and the development theories. The data for the conclusions come from my personal experiences and documentations of the therapy units with inpatient covid patients. To create the results, on the one hand the method of self-reflection of personal practice along the person-centered theories and on the other hand the comparison of the general conditions for psychotherapy on Covid wards with the general conditions of psychotherapy in psychiatric wards were used. Thus, this article explores how individual person-centered interactions can support covid patients. It discusses how to handle the challenges that come with the person-centered work in lack of the required framework, how to ensure authenticity while putting one's own health at risk and how to deal with one's limits of empathy when faced with different values.

Keywords: infectious covid patients, face to face contact, person-centered psychotherapy/crisis intervention

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit meinen klinisch-stationären Praxiserfahrungen mit infektiösen Covid-Patient*innen und setzt sich mit den begegnungs-philosophischen Theorien, Grundhaltungen des personzentrierten Ansatzes und Entwicklungschancen auseinander. Die Daten für die Schlussfolgerungen entstammen meinen persönlichen Erfahrungen und Dokumentationen der Therapieeinheiten mit stationär behandelten Covid-Patient*innen. Zur Gewinnung der Ergebnisse

wurde einerseits die Methode der Selbstreflexion der persönlichen Praxiserfahrungen entlang der personzentrierten Theorien und andererseits der Vergleich der Rahmenbedingungen für Psychotherapie auf Covid-Stationen mit den Rahmenbedingungen für Psychotherapie in psychiatrischen Stationen herangezogen. Der Beitrag geht der Frage nach, wie einzelne personzentriert gestaltete nicht virtuelle Begegnungen unterstützend oder hilfreich für Covid-Patient*innen sein können. Es werden die Herausforderungen des personzentrierten Arbeitens bei fehlenden Rahmenbedingungen, die Aufrechterhaltung der Authentizität unter Gefährdung der eigenen Gesundheit und das Erreichen von Grenzen der Empathie bei Wertekollisionen diskutiert.

Diese Fragen stellte ich mir, als ich gefragt wurde, ob ich mir vorstellen kann, auf Covid-Stationen mit infektiösen

Michaela Badegruber, MHPE, geb. 1974, Personzentrierte Psychotherapeutin, Gruppenpsychotherapie, in freier Praxis Wien & Linz und am Institut für Psychotherapie, Neuromed Campus – Kepler Universitätsklinikum Linz; Lehrveranstaltungen im Propädeutikum der ÖGWG, im Lehrgang für personzentrierte psychotherapeutische Medizin und an der Fachhochschule für Gesundheitsberufe Oberösterreich, Ausbildungsin der APG*IPS.

Patient*innen, deren Angehörigen und als Unterstützung für die Angestellten zu arbeiten. Wie kann ich als personenzentrierte Psychotherapeut*in unterstützend sein, wenn ich die gewohnten sicheren Rahmenbedingungen verlassen muss? Wie kann ich mich, wenn ich gleichzeitig besorgt um die eigene Gesundheit bin, trotzdem in den Dienst Anderer stellen? Kann eine einzelne Begegnung für Covid-Patient*innen hilfreich sein?

Ich nahm den Auftrag an und bin nach neun Jahren psychotherapeutischen Arbeitens in der psychiatrischen Klinik in den zweiten Standort des Kepler Universitätsklinikums mit somatischem Schwerpunkt, zum Liaison-Dienst gependelt. Nun möchte ich über meine persönlichen Erlebnisse, Erfahrungen und die gewonnen Erkenntnisse in der Arbeit mit Covid-Patient*innen berichten.

Die Inhalte, auf denen meine Schlussfolgerungen basieren, entstammen den Gesprächen mit infektiösen Covid-Patient*innen, die sich in stationärer Krankenhausbehandlung befunden haben. Am Beginn steht der Vergleich der Rahmenbedingungen für Personenzentrierte Psychotherapie auf psychiatrischen Stationen mit den speziellen Rahmenbedingungen auf Covid-Stationen. Danach folgen persönliche Erfahrungen und die Reflexion entlang personenzentrierter Theorien.

Die analysierten 100 therapeutischen Einheiten fanden im Zeitraum vom 3. Dezember 2021 bis 27. April 2022 statt. 49 Gespräche erfolgten mit Frauen und 51 mit Männern. Die Klient*innen waren zwischen 31 und 97 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter betrug 72 Jahre. Die Indikation für den Aufenthalt war eine akute Covid-Erkrankung.

Der Schwerpunkt der inhaltlichen Thematiken lag bei den auftretenden Ängsten, besonders die Angst vor dem Sterben durch die Erkrankung. Die begleitenden körperlichen Schmerzen und die allgemeine physische Schwäche führte bei vielen zu Zukunftsängsten, Verzweiflung, Mutlosigkeit und einer depressiven Grundstimmung. Die Isolation bzw. die Trennung von Partner*innen, Kindern, Enkelkindern und Verwandten bzw. Freund*innen verstärkten die Ängste und das depressive Stimmungsbild. Da geliebte Menschen oft zur gleichen Zeit erkrankt waren, bestand viel Unsicherheit über die Genesung der Angehörigen. Die Ungewissheit stellte einen Angst aufrechterhaltenden Faktor dar. Die Covid-Erkrankung schwächte viele Patient*innen so stark, dass sie auf Hilfe und Unterstützung beim Essen, Sitzen, Gehen, Telefonieren etc. angewiesen waren. Es fiel ihnen schwer, sich an diese plötzlichen Veränderungen zu gewöhnen. Gefühle der Hilflosigkeit, Scham, Überforderung, Wut und Trauer traten auf. Sie fühlten sich von anderen Personen abhängig. Einsamkeit, Heimweh, Isolation, der Verlust von körperlichen Funktionen und der Tod von Ehepartner*innen führte vor allem bei älteren Klient*innen oft zum Wunsch, selbst sterben zu wollen. Sie hatten Zweifel, wieder

zu genesen und für sich sorgen zu können. Die Spannung der Ambivalenz zwischen dem Wunsch aufzugeben bzw. gegen die Krankheit ankämpfen zu wollen, war häufig spürbar. Für Impfgegner*innen und maßnahmenkritische Personen war die Tatsache, dass sie an Covid erkrankt sind und sich in einem kritischen Zustand befinden, schwer anzunehmen, einzugestehen oder zu realisieren. Sie hielten an der Verneinung der Krankheit fest. Sie beschrieben Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten. Auf Nachfrage meinten sie jedoch alle, dass sie medizinisch gut behandelt und zwischenmenschlich mit ihnen gleich wie mit allen anderen umgegangen wurde. Ambivalenzen und Wertekonflikte konnten sie oft erst im Angesicht des drohenden Todes lösen. Ein Mann Anfang 60 wollte nicht behandelt werden, er hätte doch nur eine stärkere Verköhlung. „Covid gibt es nicht!“ Die Medikamente und der Sauerstoff wären unnötig. Wenn er nur auf seiner Terrasse frische Luft schnappen könnte, würde er schnell wieder gesund sein. Sein Zustand verschlechterte sich zunehmend. Als er die bedrohliche Krise überstanden hatte und wieder genug Luft und Kraft zum Sprechen hatte, sagte er zu mir: „Wenn ich gewusst hätte, was dieses Virus mir antut, hätte ich mich impfen lassen und sofort die Medikamente genommen!“

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass Klient*innen eine Form des Disempowerments ähnlich wie bei Traumatisierungen erlebten. Die krankheitsbedingten körperlichen und sozialen Prozesse führten automatisch zu psychischen Prozessen. Die Covid-Erkrankung und die soziale Isolation aufgrund der Erkrankung erachteten viele als Bedrohung und sie verspürten Ängste. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, körperliche Schwäche, schlechter Allgemeinzustand, Stürze, stundenlanges Liegen nach Stürzen in der Wohnung oder Pflegeheimzimmern, körperliche Verletzungen (Knochenbrüche, Gehirnerschütterung etc.) und psychische Traumata (Schock, Verwirrung, Trauer, Wut, Ängste) traten auf. Der Verlust der Eigenständigkeit führte zu Trauerreaktionen.

Der psychotherapeutische Behandlungsort für Covid Patient*innen war das jeweilige Krankenzimmer auf den Covid-Stationen. Das veränderte das Setting grundlegend, die sonst üblichen Rahmenbedingungen für die Personenzentrierte Psychotherapie fluktuierten.

Auf den psychiatrischen Stationen erfolgt die Zuweisung zur psychotherapeutischen Behandlung durch die behandelnden Ärzt*innen. Danach erfolgt die Terminvereinbarung. Die Therapieeinheiten dauern zwischen 30 und 50 Minuten. Dies ermöglicht einen therapeutischen Prozess, der in einem eigens dafür vorgesehenen Raum, im Einzelsetting unter Wahrung der Intimität und der Verschwiegenheit stattfindet. Während der Sitzungen existieren kaum Störquellen. Der Fokus liegt exklusiv auf den Klient*innen und der Therapie. Die Rollen und Aufgaben sind klar definiert und bekannt.

Im Gegensatz dazu gab es auf den Covid-Stationen keine geplanten und bekannte Termine. Vor Ort erörterte die Pflegeleitung, bei welchen Patient*innen Therapiebedarf besteht. Die Patient*innen erhielten einen überraschenden therapeutischen Besuch. Die Dauer der Einheit war nicht vorgegeben. Sie war flexibel an die Vitalität der Patient*innen anzupassen. Die Entwicklung eines therapeutischen Prozesses war häufig ausgeschlossen, weil man sich nur ein einziges Mal sah. Die Ursachen dafür lagen in der Entlassung, der Verlegung auf die Intensivstation bzw. andere Stationen oder dem Tod der Klient*innen. Die Intimität und Exklusivität waren eingeschränkt oder nicht existent, da Mitpatient*innen und Mitarbeiter*innen im Raum anwesend waren. Es handelte sich zwar prinzipiell um ein Einzelsetting, doch es entfaltete sich manchmal eher eine Art Tandem oder Gruppensetting. Mitpatient*innen stiegen in das therapeutische Geschehen mit ein. Die Rolle der Psychotherapeut*in und die Aufgaben waren fast immer unklar und bedurften der Aufklärung, weil vor allem in der Schutzkleidung alle Professionen gleich aussahen und nicht automatisch erkannt oder zugeordnet werden konnten. Die therapeutische Begegnung war begleitet von vielen Störquellen, wie gleichzeitig stattfindende Visiten, Pfllegetätigkeiten, Reinigungsarbeiten oder Physiotherapien, Telefongespräche von Mitpatient*innen, laufende Fernseher, Radios etc. Mein Umgang mit den vorhandenen Störfaktoren war unterschiedlich, jedoch der aktuellen Gesamtsituation angepasst. Das Arbeiten mit mehreren oder allen Patient*innen eines Zimmers erlebte ich als neue Form der Gruppentherapie. Ich hatte den Eindruck, dass die spontane Teilnahme und der gemeinsame Austausch für alle beteiligten Personen bereichernd waren.

Nicht nur die Klient*innen mussten sich in kürzester Zeit an die Covid-Stationen und ihre Bedingungen gewöhnen, diese Leistung musste auch ich erbringen. Mein eigener Entwicklungsprozess begann mit der Überwindung meiner Ängste, selbst an einer Covid-Infektion zu erkranken und der tief verwurzelten Sorge, meine Familie, Freund*innen oder Kolleg*innen anzustecken. Ich hatte Angst, in den Patient*innenzimmern Gegenstände anzufassen oder den Patient*innen ihre Trinkbecher oder andere Dinge zu reichen. Ich hatte keine Ahnung vom stationären Betrieb außerhalb der psychiatrischen Stationen. Die Hygienevorschriften, die korrekte Nutzung der Schutzkleidung waren mir unbekannt. Ich hatte viel in kurzer Zeit zu lernen! Missgeschicke wie jenes, dass ich Teile der Schutzausrüstung anzuziehen vergaß, dass mir die Mund-Nasen-Maske regelmäßig während den Gesprächen herunterfiel, erhöhten meine Sorge, krank zu werden. Erst das Erleben, dass nichts passierte, ließ in mir eine gewisse Gelassenheit wachsen. Ich musste meinen Ekel in Bezug auf menschliche Ausscheidungen aller Art überwinden und mit diversen Anfragen (Unterstützung beim Trinken, WC-Gehen, Aufsitzen im Bett)

umgehen lernen. Ich musste lernen, Menschen in den Tod zu begleiten und nicht wie gewohnt, nach Suizidversuchen zurück ins Leben. In der Anfangsphase erreichte ich oft die Grenzen meiner Empathiefähigkeit. Wertekonflikte mit Personen aus dem Privatleben bezüglich Impfung und Covidleugnung wiederholten sich mit Klient*innen. Dies war für mich in der Situation schwieriger als das Arbeiten mit Pädophilen, Mördern oder aggressiven Menschen. Es war zu nah an meinem Leben und warf dadurch viele Ambivalenzen und nicht gelöste Konflikte auf. Ich stellte die Sinnhaftigkeit meiner Arbeit in Frage. Ich war zwischen Autonomie (auf mich zu achten) und sozialem Engagement (einen Beitrag zu leisten) hin- und hergerissen. Ich bemerkte, dass, wenn bei mir die Grenzen meiner Empathie erreicht waren, meine Neugier und das Interesse am Anderen und der Wunsch, die Person zu verstehen, verloren gingen. In diesen Augenblicken fühlte ich keine unbedingte Wertschätzung für die andere Person. Werte und Bewertungen standen zwischen mir und dem Gegenüber. Meine eigenen intensiven Gefühle rückten in den Vordergrund. Ich konnte mit den Klient*innen nicht in Beziehung bleiben. Meine starken Emotionen lebte ich außerhalb der Therapiestunden in einer Art Katharsis aus. Tränen, Wut und Angst brachen in ruhigen Momenten einfach aus mir heraus und lösten sich dadurch stückweise. In vielen Gesprächen mit Kolleg*innen und Supervision fand ich einen Weg, mit meiner innewohnenden Wut, meinen Ängsten und Verwirrungen, dem Ekel und der Überforderung umzugehen und meine innere Sicherheit zurückzugewinnen. Ich war in der Lage, meine konfliktbeladenen, ambivalenten, verletzten, hilflosen Anteile besser zu akzeptieren. Tauchten in Gesprächen mit Klient*innen Parallelen zu privaten Wertedifferenzen und Konflikten auf, war ich in der Lage, die Wut oder Ängste kommen und wieder gehen zu lassen. Ich konnte sie klarer erkennen, identifizieren und von den Klient*innen trennen. Mein Eigenes überfiel und überschwemmte mich nicht mehr. Dies ermöglichte mir, meine gewohnte Offenheit für andere Werte- und Denkweisen in den Therapieeinheiten wieder leben zu können. Meine Resilienz wuchs und meine Ekelgrenze verringerte sich. Ich fühlte mich wieder in der Lage, Covid-Klient*innen zu begegnen. Die Pfeiler der humanistischen Psychologie nach Martin Buber (1995), die unmittelbare Begegnung (ohne Zweck), sowie die Fähigkeit zur Beziehung von ICH und DU, das Dialogische, das Hier- und Jetzt-Prinzip und die Verantwortung konnte ich erneut erfüllen. Dadurch konnte ich mit maßnahmenkritischen Personen freier und offener in Kontakt treten, sie kennenlernen, Vertrauen aufbauen und mit ihnen sein. Meine neunjährige psychotherapeutische Tätigkeit an einer psychiatrischen Männer-Unterbringung verlangte mir bei weitem nicht so viel Introspektion und Selbstreflexion ab. Menschen in der akuten Covid-Krise psychotherapeutisch zu begleiten und gleichzeitig

selbst Teil der Pandemie, also Betroffene, zu sein, machte für mich den Unterschied. Ich musste meine eigene Stabilität in der Unsicherheit finden, damit ich wieder in der Lage war, zu versuchen, die sechs nötigen und hinreichenden Bedingungen für die Persönlichkeitsveränderung, wie sie Carl R. Rogers (1957a) beschrieben hat, zu erfüllen. Ich musste meine Kongruenz in Sachen Covid finden, um den Willen zur Kontaktaufnahme wieder zu erlangen und um fähig sein zu können, Empathie und unbedingte Wertschätzung zu empfinden. Ich musste Antworten und Verantwortung für mich finden, damit ich Antwort sein konnte und die Verantwortung wahrnehmen konnte. Im Sinne von Emmanuel Levinas (2017) musste ich Antwort auf den Anspruch des Anderen sein. Ich wurde meiner Verantwortung und Verpflichtung gerecht und konnte den anderen als absolut anders anerkennen und sein lassen. Ich musste meine Erfahrungen nicht auf den anderen projizieren. Diese Asymmetrie in der Begegnung zwischen Ich und dem Anderen nach Emmanuel Levinas (2017) halfen mir in meiner therapeutischen Arbeit. Die Kombination der beiden unterschiedlichen Ansichten zur Begegnung von Martin Buber und Emmanuel Levinas unterstützten mich.

Die Erinnerung an die Erlebnisse mit den Klient*innen waren bunt und dunkel, so dass ich im Rückblick gleichzeitig weinte und lachte. Emmanuel Levinas (2017) meinte: „Einem Menschen begegnen heißt von einem Rätsel wach gehalten zu werden“. Auf der Covid Station zu arbeiten und den Menschen dort zu begegnen, hielt mich manche Nächte wach!

Ich lernte beeindruckende Menschen kennen. Eine 97-jährige Frau, deren größte Sorge darin bestand, diesen Sommer nicht im Campingwagen am See verbringen zu können, eine 70-jährige Frau, die jegliche Medikamente verweigerte und nach zwei Wochen verstarb, einen 85-jährigen COPD-Patienten, der kaum Luft bekam und nach drei Wochen mit mir bergsteigen wollte, eine 31-jährige Frau, die sich wegen einer erst kürzlich erfahrenen Morbus Hodgkin- und der Covid-Diagnose im Schock befand und turbulente emotionale Erstreaktionen erlebte, einen hochaggressiven Mann Mitte 60, der aufgrund seiner Todesangst laut schrie und tobte, Menschen, die zitternd und völlig verängstigt einfach nur gehalten werden wollten.

Ich versuchte Antwort zu sein auf die jeweiligen Nöte, dabei zu sein und zu bleiben. Ich versuchte meine therapeutischen Aufgaben zu erfüllen. Ich versuchte zu verstehen, warum jemand lieber stirbt, als Medikamente zu nehmen. Ich kehrte mich nicht ab, blieb bei den Personen, hielt die intensiven Gefühle und die Stille mit aus, hielt zitternde Hände, begleitete die Personen.

All diese Menschen und ihre Geschichten berührten mich und sie veränderten mich. Es geschah in den Therapien das, wovon Peter F. Schmid (2017, S. 155) schrieb:

Der Therapeut legt das Augenmerk auf die Welt des Klienten, so wie sie diesem erscheint und von ihm erlebt, verstanden und bewertet wird (experientielle und phänomenologischer Ansatz) und folgt ihm in dieser Welt, wohin immer sich der Klient bewegt. Er ist für den Klienten stets als lebendige Person und nicht nur in seiner Funktion als Therapeut erreichbar. Entscheidend für die Entwicklung beider Personen in der Therapie ist die möglichst bewertungs- und interpretationsfreie Aufmerksamkeit auf das unmittelbar gegenwärtige Erleben durch Klient wie Therapeut in der Beziehung (Präsenz). Dafür sind die Einstellung und die Haltungen des Therapeuten, wie sie Rogers, der Begründer des Ansatzes, beschrieben hat (Authentizität, bedingungslose Wertschätzung, Empathie), ausschlaggebend und nicht vom Therapeuten angewandte Methoden oder Techniken. Damit ist eine radikale Abkehr von expertenorientierten Ansätzen verbunden und eine zunehmende Entwicklung im Verlauf der Therapie hin zu Wechselseitigkeit und Dialog.

Das von Peter F. Schmid beschriebene Sein offeriert die Begegnung von Personen, die beide – Therapeut*in und Klient*in – in Entwicklungsprozesse wirft. Es sind die beiden individuellen Entwicklungsprozesse der beteiligten Personen und der weitere Prozess der Entwicklung von Verbundenheit oder Bezogenheit aufeinander. Durch diese Art der Begegnungen fühlten sich die Covid-Klient*innen gesehen, verstanden und begleitet.

Die Nichtverbundenheit oder Isolation der Covid-Patient*innen von ihren wichtigen Bezugspersonen hinterließ Spuren der Einsamkeit und Desorientierung, so wie es von Mick Cooper (2017) beschrieben wird. Eine Verbindung zu den Covid-Patient*innen herzustellen, war für mich ein wichtiges Anliegen. Die Rückmeldungen zeigten, dass die Klient*innen es entlastend empfanden, mit jemandem in direkter, nicht virtueller Präsenz zu sein. In den einzelnen Begegnungen mit den Klient*innen entwickelte sich mehrfach eine Nähe, eine Tiefe oder Intensität, die eine sehr emotionale Form der nonverbalen, eher atmosphärischen Begegnung darstellte. Ich habe keine Kenntnis in atmosphärischen, spirituellen Angelegenheiten, doch ich musste nach solchen Momenten an Carl R. Rogers (1991/2004) „inner spirit“ und transzendente Beziehung denken. Vielleicht meinte er diese innigen Augenblicke der Verbundenheit, die über das gesprochene Wort hinaus reichen. Jedenfalls vertraute ich meiner Intuition und gelangte dadurch zu mehr Spontaneität, Freiheit und Präsenz in der Begegnung mit den Covid-Klient*innen.

Was war wirklich hilfreich in den Begegnungen?

Mit zeitlichem Abstand betrachtet handelte es sich zum überwiegenden Teil um Krisenintervention. Es war der Versuch, in den Kontakten mit Covid-Klient*innen die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die Persönlichkeitsveränderung nach Carl R. Rogers (1957a) zu erfüllen. Es war zu

erkennen, dass die Einheiten bei den Klient*innen zur inneren Entspannung und Reduktion der Ängste beitragen.

Über die Schönheit des Bergsteigens zu sprechen, eröffnete die Gelegenheit, über die Ängste bezüglich eines Pflegeheims zu reden. Ein Patient meinte, dass das Pflegeheim vielleicht eine andere Art/Form von Berg darstellt, die er besteigen will/muss, auch wenn er sich fürchtet und traurig ist, sein Zuhause verlassen zu müssen. Das ist ein Beispiel für reduzierte Abwehr und gelungene korrekte Symbolisierung. In Folge konnte der Inhalt in das Selbstkonzept integriert werden.

Stumm und Keil (2018) beschreiben die Aktualisierungstendenz als metaphysisches Konzept, das man als Mensch nicht direkt spürt, sondern das als Konklusion der gemachten Erfahrungen verstanden werden kann. Das Beispiel des Klienten zeigt in gewisser Weise das Wirken der Aktualisierungstendenz. Er strebt die Erhaltung und Erweiterung seines physischen Organismus und seiner psychischen Kongruenz an.

Was nötig war, um diese und andere hilfreiche Begegnungen zu ermöglichen, drückt Martin Barth (2009) wunderbar mit seinen Worten aus: „*Es sind die Erlebensrealitäten des Patienten, die es als solche anzuerkennen und nicht wegzudeuten gilt. Und genau in dieser explizit nichtabwehrenden Interaktion wird für den Patienten das Integrieren möglich.*“ Um die Erlebensrealität der Klient*innen anerkennen zu können, musste ich erst selbst in eine nichtabwehrende Interaktion mit meinen persönlichen ambivalenten, konfliktbehafteten, emotional geladenen Realitäten treten und versuchen, diese zu integrieren. Dass dieser persönliche Entwicklungsprozess notwendig wurde, war eine Überraschung für mich. Ich sah vorab nur die Notwendigkeit, mich an die Rahmenbedingungen und das Setting anzupassen. Die Auseinandersetzung mit meinen Themen und Reaktionen war anfangs eine schmerzliche Erfahrung. Meinem nichtgewollten Erleben konnte ich nicht ausweichen, noch konnte ich es abwehren, unterdrücken oder schönreden. Ich musste mich wieder anerkennen, achten und mögen lernen. Die nichtabwehrende Interaktion musste sowohl in meinem inneren Monolog als auch in meiner Haltung wieder hergestellt werden. Es spürte sich an, als würden neue Facetten in mir entfaltet. Erst als ich mich durch meine Kolleg*innen verstanden bzw. akzeptiert fühlte, fand ich zu einer neuen Form der Selbstakzeptanz und Selbstbeachtung. Ein zweiter Entwicklungsprozess betraf mich und die Gesellschaft, in der die Klient*innen und ich lebten. Die Anerkennung oder Liebe gegenüber jenem Segment und Mitgliedern der Gesellschaft, die andere Werte und Ansichten teilten, war mich entglitten.

Gerade in der Liebe aber transzendiert die Begegnung, die Zweierbeziehung, die Dyade, und öffnet sich dem „Dritten“: Wir leben nicht in der Welt des (einen anderen) Menschen, sondern in der Welt der Menschen. Begegnung ist immer auch Überschreitung der Zwei-Einheit, der sich abschließenden „Zweisamkeit“. Zu ihrem Wesen gehört der Plural; sie ist

offen für den „Dritten“, die Gruppe (als Schnittstelle von Person und Gesellschaft), die Gemeinschaft. Die Liebe kommt zu ihrer Fülle, wenn von „zwei“ gemeinsam „ein Dritter“ geliebt wird (condilectio).“ (Schmid 2017, S. 179)

Die unbedingte Wertschätzung für einen Teil der Gesellschaft fehlte mir. Die Spaltung, von der medial gesprochen wurde, war in mir. Dies zu erkennen, motivierte mich, nach Verständnis und Konziliation zu suchen. Ich wollte verstehen, warum die unterschiedlichen Meinungen so viel Wut erzeugten. Ich lies mich auf die Menschen in meiner privaten Umgebung wieder ein und spürte bei ihnen Angst und Hilflosigkeit. Sie hatten einen anderen Umgang mit ihrer Angst als ich. Vielleicht ist es eine andere Form der Abwehr, aber ich erwarb eine Art Verständnis und eine versöhnliche Stimmung. Aufgrund meiner Weiterentwicklung, fühlte ich mich wieder frei und in der Lage, mit Klient*innen psychotherapeutisch arbeiten zu können.

Hilfreich sein im Kontext mit Covid-Klient*innen heißt für mich, meine eigene Entwicklung zu fördern, um in der Lage zu sein, die Begleitung der Klient*innen zu unterstützen. Klient*innen in der Covid-Krise zu begleiten bedeutet für mich, mich in den Dienst des anderen zu stellen. Im Augenblick des Kontaktes für die Bedürfnisse der leidenden Person Antwort zu sein. Die Verpflichtung zu antworten wirklich wahrzunehmen. Die andere Person im Anders-Sein anzuerkennen. Den Versuch mittels Empathie, unbedingter Wertschätzung und Authentizität eine Beziehung, eine Verbindung herzustellen, in der Begegnungen möglich werden können – in einer für beide außergewöhnlichen und unsicheren Situation.

Literatur

- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person*, 13 (2), 148–154.
- Buber, M., (1995). *Ich und Du*. Ditzingen: Reclam. (Original erschienen 1923).
- Cooper, M., (2017). Psychological distress: a relational understanding. In D. Mearns (Hrsg.), *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy* (2nd ed., 17–34). London: Sage.
- Lévinas, E. (2017). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. (Alber-Reihe Philosophie, 7. Aufl.) (Studienausgabe). Baden-Baden: Verlag Karl Alber.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (2004). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Personenzentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers* (4. Aufl., S. 238–256). Mainz: Grünewald (Erstauf. erschienen 1991).
- Schmid, P. F. (2017). Personenzentrierte Psychotherapie. In Th. Sluneko (Hrsg.), *Psychotherapie: Eine Einführung* (2. vollst. überarb. Auflage, S. 153–201). Wien: Facultas.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2018). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. (2. Aufl., S. 3–14) Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54670-3_1