

# „Ich habe einfach immer weitergemacht“ Prozessanalyse der Krisenintervention bei einer Klientin mit akutem Erschöpfungszustand

Markus Steffen  
Zürich

Vorgestellt wird die Prozessanalyse über 36 therapeutische Gespräche mit einer Klientin mit erschöpfungsbedingter Krise. Die Gespräche werden in drei Phasen eingeteilt, wovon jede mit einem kommentierten Gesprächsausschnitt illustriert wird. Als theoretischer Bezugsrahmen dient das klientenzentrierte Kriseninterventionsmodell von Brossi.

*Schlüsselwörter:* Prozessanalyse, klinische Erschöpfung, Krise, Krisenintervention, empathisches Verstehen

„I have simply always continued“. Process-analysis of the crisis intervention with a client with acute state of exhaustion. The process analysis of 36 interviews with a client with exhaustion-conditioned crisis is introduced. The interviews are divided into 3 phases each of which is illustrated with a commented conversation cutting. As a theoretical reference framework serves the client-centered crisis intervention concept by Brossi.

*Keywords:* process analysis, clinical exhaustion, crisis, crisis intervention, empathic understanding

## Einleitung

In diesem Beitrag stelle ich die Prozessanalyse<sup>1</sup> der psychotherapeutischen Begleitung (über 36 Gespräche) einer Klientin mit Erschöpfungszustand vor. Die Arbeit begann als stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik und wurde nach Klinikaustritt während acht Monaten ambulant fortgeführt. Bei Klinikeintritt befand sich die Klientin in einem Zustand von „Krise“: Sie war seit ihrem erschöpfungsbedingten Zusammenbruch arbeitsunfähig und hatte ihre Stelle deswegen verloren. Zuhause konnte sie sich in keiner Weise erholen und war in einen depressiven Kreislauf geraten. Da es über weite Strecken darum ging, der Klientin auf ihrem „Weg zurück ins Leben“ beizustehen, scheint es mir angemessen, statt von einer „klassischen Psychotherapie“ eher von einer Form der „Krisenbegleitung“ zu sprechen, und zwar in dem Sinne, wie Brossi (2006) es aus klientenzentrierter Perspektive konzeptualisiert hat. In der nachfolgenden Falldarstellung werde ich den Aspekt der Krisenbewältigung in den Vordergrund stellen und vorab ganz kurz auf die klientenzentrierte Konzeption der Begriffe „Krise“ und „Krisenintervention“ nach Brossi eingehen.

---

**Markus Steffen** lic. phil., Psychotherapeut pca.acp, arbeitet in eigener Praxis in Zürich und an einer psychologischen Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene. Kontakt: markus.steffen@psychologie.ch

## 1. Krise und Krisenintervention aus klientenzentrierter Sicht

Brossi (ebd., S. 375) definiert, dass Krisen durch belastende Erfahrungen ausgelöst werden, auf die nicht angemessen reagiert werden kann. Sie durchbrechen die Kontinuität des Erlebens, tragen den Charakter von großer Gefahr und existenziell erlebter Überforderung in sich. Die Person gerät darüber in heftige innere Spannung, Angst und emotionale Verwirrung, ihre üblichen Bewältigungsstrategien versagen. Aus klientenzentrierter Sicht ist bedeutsam, dass Krisen als Zustände extremer Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung zu verstehen sind: Die mit der Krise verbundenen Erfahrungen sind für das Selbstkonzept so bedrohlich, dass sie nicht ins Selbst integriert werden können; das Individuum ist im Gegenteil damit beschäftigt, sein Selbst zu schützen. Die Bereitschaft, sich über inneres Erleben mitzuteilen, ist sehr gering. Die Betroffenen verstehen sich selber nicht in dem, was sie durchleben, erkennen ihren Zustand nicht unbedingt als Krise, fürchten etwa, „verrückt“ zu sein. Den therapeutisch hilfreichen Umgang mit Krisen schildert Brossi in drei Phasen (ebd., S. 382 ff.). Nebst der Vermittlung eines haltgebenden Rahmens, z. B. eine Klinik

---

1 Diese Prozessanalyse habe ich 2012 bei der Schweizerischen Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz als Zertifizierungsarbeit eingereicht.

(1. Phase), ist es bedeutsam, die Krise als solche zu benennen. Dies schafft Entlastung, weil so die Erfahrung des *In-der-Krise-Seins* ins Selbstkonzept integriert werden kann (2. Phase). Im weiteren Verlauf der Krisenbehandlung geht es darum, sich mit den inneren Bewertungen der krisenauslösenden Erfahrungen auseinanderzusetzen und Bewältigungsmöglichkeiten zu aktivieren (3. Phase). Die Betroffenen sind in dieser Phase besser in der Lage, die Krise zu verstehen und sich innerem Erleben zuzuwenden. Schließlich kann die Krisenintervention in eine „Krisenbegleitung“ oder eigentliche Psychotherapie übergehen.

Wesentlich an dem hier in gedrängter Form wiedergegebenen Modell ist mit Blick auf den vorgestellten Fall, dass sich Krisenintervention nicht auf einige wenige Interventionen zur Stabilisierung beschränkt, sondern andauert, bis die mit der Krise verbundenen Erfahrungen so weit ins Selbstkonzept integriert sind, dass die Person wieder in einem grundsätzlichen Sinn „mit sich zurechtkommt“. Im hier vorgestellten Fall will ich zeigen, wie die Klientin anfänglich stark mit ihren Symptomen befasst war, sich darin überhaupt nicht verstand, sich dafür ablehnte und kaum über ihr inneres Erleben sprechen konnte, sich im Verlauf der Gespräche zunehmend mit Wohlwollen, Akzeptanz und Ansätzen von Empathie zu begegnen begann, sich mit zunehmender „Reorganisation“ des äußeren Lebens vermehrt Themen annahm, die sie „als Person“ (vgl. Rogers, 1983) betrafen, ihre Bereitschaft, sich ihrem inneren Erleben zuzuwenden, zugenommen hatte; sie schließlich die schwere Krise überwand.

## 2. Darstellung der Prozessanalyse

Die 36 Gespräche lassen sich in folgende drei Phasen einteilen (in Klammern steht die Anzahl der Sitzungen):

1. Phase: Akute Krise und Ringen um Selbstverständnis (1–16)
2. Phase: Akzeptanz des Krankseins, vermehrtes Selbstverständnis (17–24)
3. Phase: Reorganisation des äußeren Lebens, Blick auf inneres Erleben (25–36)

Zu jeder Phase fasse ich als erstes die wichtigsten Inhalte zusammen. Sodann veranschauliche ich den therapeutischen Prozess mit einem kommentierten Gesprächsausschnitt. Dabei will ich versuchen, den Verlauf des Krisengeschehens herauszuarbeiten und der Frage nachzugehen, worauf sich die therapeutische Empathie zu richten hatte. Ein zusammenfassender Kommentar beschließt die Darstellung jeder Phase. Zunächst folgen einige überblicksartige Angaben zur Klientin, so wie sie sich im Erstgespräch darstellte.

### *Zur Person der Klientin*

Zu Beginn der Therapie war die Klientin Anfang 30, kinderlos und alleinstehend. Sie hatte eine pädagogische Ausbildung abgeschlossen und arbeitete seit einigen Jahren in der Privatwirtschaft. Aufgewachsen sei sie behütet, auf dem Land. Die Eltern hätten viel Wert auf Leistung gelegt, seien stets präsent gewesen, aber emotional eher distanziert. Als die Klientin 12 war, ließen sich die Eltern scheiden, worunter sie sehr gelitten habe. Sie habe die Eltern nachts oft streiten gehört. In den folgenden Jahren seien ihre Schulleistungen schlechter geworden. Ihre Mutter habe sie dazu angehalten, sich mehr anzustrengen, was sie auch getan habe, doch habe sie ihre schulischen Ziele in der Gesamtschau nicht erreicht. Aus Unzufriedenheit habe sie später unter erheblichem Aufwand den Quereinstieg in die Privatwirtschaft angestrebt. Zuletzt habe sie für einen Technologiekonzern gearbeitet. Bereits mit 20 sei sie in Psychotherapie gewesen, doch nicht für lange, weil es ihr zu wenig geholfen habe. Im Teenageralter habe sie sich häufig einsam gefühlt. In diesen Lebensabschnitt sei auch eine lebensbedrohliche Hirnhautentzündung gefallen. Ansonsten sei sie mehrheitlich gesund gewesen. Wenige Monate vor Klinikeintritt erlitt die Klientin einen schweren Virusinfekt, der sie mehrere Wochen ans Bett fesselte. Als sie danach wieder arbeiten ging, stellte sie eine außergewöhnliche Erschöpfbarkeit und niedrige Belastungsgrenze bei sich fest. Zudem wurde sie von Schwäche, Schwindel und Herzstechen heimgesucht und musste der Arbeit wieder und wieder fern bleiben. Daher wurde ihr die Stelle gekündigt. Ab diesem Zeitpunkt brach ihre Tagesstruktur zusehends ein.

### *1. Phase: Akute Krise. Ringen um Selbstverständnis (1–16)*

Bei der Klinikaufnahme trat die gepflegte und etwas jünger wirkende Klientin sehr zuvorkommend auf. Durch ihre recht lebhaftige Art merkte man ihr den angeschlagenen Zustand nicht auf Anhieb an. Dabei zeugten ihre blasse Gesichtsfarbe und ihre ausgezehnte Gestalt von einer tiefgreifenden Entkräftung.

Sie begann den stationären Aufenthalt mit großer Motivation und Hoffnung auf rasche Besserung. In dieser ersten Phase sprach sie vor allem über ihre belastenden Symptome und die unmittelbare Vergangenheit. Sie beschrieb, wie sie nach einer schweren Grippe nicht mehr zu Kräften kam und noch immer nach bereits geringen Anstrengungen unter Schwäche litt. Nachdem zahlreiche spezialärztliche Untersuchungen kein organisches Korrelat ihrer Beschwerden ergeben hatten, habe man ihr gesagt: „*Sie stehen am Rand des Burnouts.*“ Diese Botschaft habe sie kaum fassen können. Sie habe über Jahre keine Anzeichen von Erschöpfung gespürt. Es sei zwar viel gewesen: Neben der hohen Arbeitsbelastung habe sie noch eine

anspruchsvolle Weiterbildung begonnen. Zudem sei die Stimmung am Arbeitsplatz schlecht gewesen, mitunter intrigant und sehr hierarchisch. Doch trotz dieser erheblichen Belastungen habe sie „*einfach immer weitergemacht*“. Es sei ihr zwar bewusst, dass sie schlecht Nein sagen könne, und es sei ihr in entscheidenden Situationen nicht gelungen, sich zu schützen. Sie habe wohl kein gutes Gefühl für ihre eigene Grenze. Die Stelle sei ihr jetzt gekündigt worden. Sie sei unfähig, sich zuhause zu erholen, sei ständig daran, Stelleninserate anzuschauen. Ihr Schlaf sei unruhig, sie komme am Morgen schlecht auf, sie habe innere Unruhe und sei gleichzeitig müde. In der Klinik müsse sie sich erholen, damit sie nachher schauen könne, wie es beruflich weitergehe.

Wenn die Klientin von den vielen Belastungsfaktoren erzählte, fiel auf, dass sie kaum davon sprach, wie es ihr damit ging, also nicht davon, wie sie *erlebte*, sondern vor allem davon, wie sie *bewältigte*. Über Gefühle sprach sie nicht und sie zeigte wenig emotionale Beteiligung, wenn sie ihre Geschichte erzählte. Vieles von dem Belastenden wirkte irgendwie ‚selbstverständlich‘. Es war bemerkenswert, mit wie wenig Wohlwollen sie sich selbst gegenübertrat. Ihre Vorstellung, innert ein paar Wochen wieder arbeitsfähig zu sein, erschien sehr unrealistisch. Sie befand sich weit weg vom „Fluss ihrer lebendigen Selbsterfahrung“ (vgl. Rogers, 1983). Spontane und interessierte Selbstexploration hatte keinen Platz, stattdessen herrschten Zustände von ängstlich-gespannter Selbstbeobachtung oder aber Selbstanklage vor.

In der Klinik machte sie mit Körpertherapien wie der Akupressur zunächst positive Erfahrungen. Dort konnte sie Gedanken ausschalten, sich inneren Bildern überlassen und ein tief entspanntes und zugleich waches Gefühl im Körper wahrnehmen. Ansonsten fühlte sie sich aber mehrheitlich abgespannt, der erhoffte Kraftaufbau setzte über Wochen nicht ein. Sie berichtete oft von Müdigkeit, Muskel-, Rücken- und Kopfschmerzen und beklagte die ausbleibende Besserung. Besonders belastend waren die unberechenbaren Schwankungen ihres Zustands. In Therapiestunden erzählte sie detailliert, was sie im Klinikalltag alles gemacht und wie es sich auf ihre Verfassung ausgewirkt habe. Sie war sehr damit beschäftigt, wie sie sich verhalten musste, damit es ihr möglichst schnell besser geht. Der Wunsch der Klientin, die „Kontrolle“ über die Situation zurückzuerlangen, wurde sehr einfühlbar. Eine antidepressive Medikation wünschte sie nicht. Im nachfolgenden Gesprächsausschnitt werden die Virulenz der körperlichen Symptomatik und deren Bedrohung für das Selbstkonzept der Klientin sichtbar:

### *Gesprächsausschnitt zur 1. Phase (8. Stunde)*

- K1: *Die Akupressur ist sehr gut. Es tut sehr gut. Heute war es noch speziell, ich hatte immer von allen Seiten her so Bilder, so völlig unabhängig voneinander, einfach irgendwelche Sachen.*
- T1: *Bilder ...*
- K2: *Ja, irgendwelche. Ich weiß nicht einmal mehr, was. Also eine Bahnhofsuhr zum Beispiel. Und Sachen, die ich kenne, und Sachen, die ich nicht kenne. Die kamen einfach.*
- T2: *Aha. Also wie ein innerer Film (K: ja.)*
- K3: *Ja, aber es hatte keine wirkliche Abfolge. –*
- T3: *Ich stelle es mir vor, wie wenn man einschläft und zu träumen beginnt.*
- K4: *Ja, genau, so.*
- T4: *Also ist es vor allem sehr entspannend für Sie.*
- K5: *Ja, sehr. Sie arbeitete ja an verschiedenen Punkten, heute vor allem am Kopf und im Nacken (T: Aha.), und da gab es so einen Punkt, dort fühlte es sich so an, als würde sich etwas lösen. Das ist noch speziell.*
- T5: *Das tönt wirklich sehr gut! Also, es ist wirklich, das Grundgefühl, dass es irgendwie löst.*
- K6: *Ja, und ich habe das Gefühl, dass es den Körper wieder besser in Schwung bringt, weil ich hatte so das Gefühl, dass das Gehirn müde wird davon, aber der Körper wird irgendwie wach. Es ist dann irgendwie eine andere Müdigkeit als sonst. Also genau umgekehrt als sonst.*
- T6: *Es nicht so dieses erschöpfte, abgeschlagene Müdesein, sondern der Körper ist irgendwie aktivierter?*
- K7: *Ja, und dafür ist der Kopf müde, wie wenn ich einen strengen Tag gehabt hätte. – Aber gestern und heute Morgen hatte ich wieder extrem Mühe am Morgen nach dem Frühstück. Ich hatte wieder so wie Anfälle!*
- T7: *Anfälle von was, von Müdigkeit?*
- K8: *Nein, es ist so, wie wenn der Körper anfängt, zu arbeiten, wie wenn man anfängt, Leistungssport zu machen.*
- T8: *Also wie wenn das Herz dann schneller schlägt oder was meinen Sie?*
- K9: *Ja, aber ich habe auch nicht das Gefühl, dass es der Puls ist. Es ist wie wenn der Körper joggen würde. Und dann habe ich das Gefühl, jetzt muss ich mich hinlegen! Es kommt plötzlich wie angeworfen und dann habe ich das Gefühl, ich muss jetzt kalte Luft haben im Gesicht!*
- T9: *Mhm. Also bekommen Sie warm? So wie eine Wallung?*
- K10: *Ja, aber ich komme nicht ins Schwitzen. Es ist dann einfach streng! Dann habe ich das Gefühl: Jetzt muss ich mich hinlegen! Dann mag ich nicht sitzen!*
- T10: *Auch sitzen ist dann streng?*
- K11: *Ja. Also, ich hatte das jetzt wirklich schon länger nicht mehr so. Bis vor drei Wochen hatte ich es häufig, aber vor allem abends. Dass es dann plötzlich Momente gab, wo ich hinlegen*

musste. Es ist wie wenn der Körper joggt, dann würde man ja, wenn man nicht mehr mag, einfach kurz anhalten. Und ich muss dann zum Anhalten mich hinlegen. Für ein paar Minuten, das genügt dann schon.

T11: Mhm – das ist schon etwas, das Sie sehr beunruhigt, oder?

K12: Also, ich wäre schon froh, wenn es nicht mehr allzu oft wäre! Da wäre ich schon froh. Ich versuche jetzt einfach mal zu beobachten und warte ab, wie es sich entwickelt. – Aber ich denke schon, es muss doch jetzt endlich einmal besser werden! Es muss doch jetzt endlich einmal aufwärts gehen! Es kann doch nicht so weitergehen.

T12: Dass jetzt endlich einmal diese Schwäche und Müdigkeit nicht mehr so kommt. (K: ja.) Ja – das wäre so schön und so beruhigend, wenn Sie sich endlich wieder einmal anders spüren könnten als so am Rand!

K13: Ja!

T13: Und es kann einen richtig ungeduldig und ärgerlich machen, zu sehen, dass es einfach nicht will! Gleichzeitig ist es auch etwas, das man kennt, dass die Leute, nachdem sie in die Klinik eingetreten sind, zuerst nochmal etwas tiefer ins Loch fallen.

K14: Was?

T14: Ja, es ist fast so, wie wenn man sich dann noch etwas mehr gehen lassen könnte und darum auch die Erschöpfung noch mehr spürt.

K15: Hmm. – Ich schaue jetzt einmal, wie es sich entwickelt. – Es kommt eben noch etwas Neues dazu. Ich habe schon seit etwa drei Wochen Schmerzen, im Rücken, im Kreuz. Ich war deswegen bei der Ärztin. Und sie hat mir ein Schmerzmittel aufgeschrieben, aber ich esse doch nicht einfach Schmerzmittel.

T15: Oh, es kommt sehr viel miteinander.

K16: Ja! Es nimmt einfach kein Ende.

T16: Und jetzt kommt wieder etwas Neues.

K17: Ja, ich dachte, das geht dann schon wieder weg und habe dem auch nicht so Beachtung geschenkt, aber das sind dann genau die Sachen, die mich dann wieder so viel Energie kosten. Auch die Schmerzen. Wenn ich Schmerzen habe, dann bin ich wieder überhaupt nicht belastbar. Sofort gibt es dann Sachen, die mich dann gleich wieder stressen, meine Grenze ist dann sofort wieder erreicht!

T17: Ja, das ist doch auch noch normal, finden Sie nicht?

K18: Ich finde es bei mir extrem.

T18: Ahja.

K19: Und ich habe aber Angst davor, wieder zuhause zu sein, wenn das so bleibt, wenn meine Toleranzschwelle wieder so tief ist wegen dieser Schmerzen. Und ich möchte hier wirklich gestärkt heraus gehen, sodass mich eben nicht alles sofort wieder so stresst. Ich weiß noch, wie mich zuhause alles, schon den Briefkasten leeren, so dermaßen an die Grenze gebracht hat.

T19: Mhm.

K20: Dabei ist es doch nicht viel!

T20: Finden Sie?

K21: Ja, wenn ich das von außen anschau, ist das doch nicht viel!

T21: Aber Ihr inneres Empfinden ist schon auch, dass es viel ist und happig?

K22: Ja. Obwohl, ich fühle mich überhaupt nicht gestresst hier, das nicht. Aber wenn ich wieder zuhause wäre und es ist immer noch so, dann würde ich mich sehr gestresst fühlen.

T22: Mhm.

K23: Ich rede ein bisschen ein Durcheinander, oder?

T23: Nein, ich denke, wenn man in einer Krise ist und so erschöpft wie Sie, dann sind eben auch solche scheinbaren Kleinigkeiten wirklich viel und eine Überforderung und das macht Angst, weil – man so Alltägliches nicht bewältigen kann.

K24: Ja, aber diese Krise muss doch jetzt einmal vorbeigehen!

T24: Ja, und es braucht auch Zeit! Ich weiß, das sagen Ihnen alle und Sie fühlen sich nur vertröstet und vertröstet und das ist deprimierend!

K25: Ja.

T25: Und es kann dann so einen Druck geben, dass es jetzt endlich sichtbar werden muss mit der Verbesserung, wo Sie schon das auf sich genommen haben, in diese Klinik zu gehen, und das ist auch sehr verständlich, dass Sie sich das wünschen. Es kann dann so eine Verzweiflung geben, so einen Druck in Ihnen, dass ich das Gefühl habe, das kostet Sie eigentlich noch mehr Energie und nimmt Sie noch mehr her!

K26: Ja, es ist schon so, das sehe ich auch, und gleichzeitig stresst mich das alles so sehr.

T26: Ja, es ist so beunruhigend, oder dass es im Moment überhaupt nicht in eine Richtung geht, die Hoffnung macht, eine Richtung, die wir eigentlich abgemacht hatten.

K27: Ja, ich wollte jetzt endlich mal anfangen, aufzubauen (T: genau), stattdessen, muss ich mich jetzt um die Schmerzen kümmern, die Medikamente -

T27: Es entsteht so das Gefühl: Wann habe ich endlich Ruhe?

K28: Ja, ja. – Jetzt könnte ich sagen, ich habe ja jetzt eineinhalb Wochen Ruhe gehabt, aber das reicht halt einfach nicht!

T28: Nein, das reicht wirklich nicht, das ist ja auch überhaupt noch nicht der Rahmen, über den wir gesprochen haben. – Es ist wirklich eine Not, die Sie haben.

K30: Ja, ein bisschen. Das sind eben so Sachen, wo ich das Gefühl habe, ich merke, dass ich noch nicht so fit bin, wenn mich so etwas so schnell so runterzieht, das ist ja nicht normal, wegen Rückenschmerzen.

### Kommentar zum 1. Gesprächsausschnitt

**Zur Klientin:** Bei der Klientin lassen sich verschiedene Merkmale eines krisenhaften Geschehens zeigen. Es wird sichtbar, wie sie damit überfordert ist, ihre heftigen und vorwiegend

körperlichen Symptome einzuordnen. Sie erlebt diese wie plötzliche Attacken auf den Körper, für die sie keine Auslöser ausmachen kann (K9: „*Es kommt plötzlich wie angeworfen*“). Sie gerät in heftige innere Spannung und emotionale Verwirrung, wenn sie darüber spricht. Es wird auch offensichtlich, wie die Kontinuität ihres Lebens durchbrochen worden ist. Ihre üblichen Bewältigungsstrategien – Willensanstrengung, Disziplin, Durchhalten – versagen. Die eigene Bewertung ihres Erlebens hat eine negative, selbstablehnende Färbung: Sie hat Angst, nicht mehr normal zu sein, möglicherweise nie mehr zu gesunden (K18), macht sich selber Vorwürfe. Es fehlt der Klientin durchgehend an Verständnis für das, was mit ihr geschieht, sie kann das Geschehen nicht ins Selbst integrieren. Sie bringt zudem ein für Krisenzustände eigentümliches Dilemma zwischen Handlungsdruck und Lähmung zum Ausdruck: Sie vermittelt einerseits, dass sie keine Zeit zu verlieren hat, andererseits aber, dass sie sich damit überfordert erlebt, jetzt etwas zu tun (vgl. zu dieser typischen Ambivalenz auch Bossi, a. a. O., S. 383). Sie kann kaum bei etwas verweilen (K12, K15), versucht sich selber zu beschwichtigen, appelliert aber im nächsten Moment wieder an die Umgebung (und den Therapeuten).

**Zur Interaktion Klientin-Therapeut:** Die emotionale Verwirrung ist ansteckend. Der unverhoffte ‚Ausbruch‘ von Verzweiflung, die teils (selbst-)anklagende Art verunsichert auch mich, macht mich stellenweise ratlos und engt auch mein Denken ein. Meine Äußerungen, die entweder in allgemeiner Form die Belastung der Klientin unterstreichen oder Informationen zum Erschöpfungsverlauf vermitteln (T11, T12, T14, T15), sind Beruhigungsversuche, welche die Klientin aber nicht zu erreichen scheinen. Sie entstehen wohl eher aus einer Ansteckung mit der Hilflosigkeit als aus einem angemessenen empathischen Verstehen des inneren Bezugsrahmens der Klientin. In der nachträglichen Reflexion und beim Anhören des Ausschnitts wird deutlich, dass die Benennung ihres Zustands als „Krise“ (T23) eine Veränderung im Gesprächsverlauf bewirkt. Darauf wird die Klientin im Dialog etwas empfänglicher (K26: „*das sehe ich auch*“ / K28: „*das reicht halt einfach nicht*“) und beruhigt sich schließlich etwas<sup>2</sup> (K31). Analog dazu werden meine Beiträge als Therapeut präziser, was das Verständnis des inneren Bezugsrahmens angeht (T24–30). Es ist, als ob die Benennung als „Krise“ beiden eine Art Orientierung verliehe. Es ermöglichte eine Art zusammenfassende Beurteilung des Zustands der Klientin aus etwas größerer Distanz und schafft eine gewisse Klarheit.

2 Bei der Beschreibung der Gesprächsausschnitte werden auch nonverbale Aspekte wie Tonfall miteinbezogen, die hier nicht wiedergegeben werden können.

Die Empathie hatte sich vermutlich zunächst weniger auf das innere Erleben der Klientin zu richten, sondern eher darauf, dass sie eine plausible Erklärung dafür benötigte, was mit ihr geschah. Der Begriff „Krise“ schien eine solche Erklärung zu bieten und der Klientin einen Streifen Horizont zu eröffnen.

### *Kommentar zur 1. Phase*

Wie schon bei der Besprechung der Gesprächssequenz deutlich wurde, war die Klientin immer wieder auf ihr bedrohliches Körpererleben eingengt. Der körperliche und seelische Integritätsverlust standen ganz im Zentrum. Sie befand sich in einer psychischen Situation, in der vor allem der *erhaltende* statt des entfaltenden Teils der Aktualisierungstendenz (vgl. Höger, 2006a, S. 41 ff.) wirksam war. Für die therapeutische Beziehungsaufnahme hieß dies, immer wieder Kontakt anzubieten, Präsenz aufrechtzuerhalten, auch dann, wenn die Klientin sich selbst ablehnte, abwertete und sich verschloss. Die 1. Phase stand ganz im Zeichen davon, überhaupt ein angemessenes Verständnis bzw. eine angemessene Vorstellung davon zu entwickeln, wie lange der Genesungsprozess dauern wird. Bei Klinikeintritt hatte die Klientin die Vorstellung, sich innert ein paar Wochen zu erholen und dann wieder arbeitsfähig zu sein. Sie kämpfte lange Zeit damit, diese Vorstellung loszulassen und durch ein realistischeres Verständnis zu ersetzen. Dabei war das Krisenkonzept hilfreich. Wichtig war, dass jemand sah, wie sie in eine Krise geraten war und durch den Verlust der Leistungsfähigkeit mit Gefühlen von Hilflosigkeit und „Nicht-mehr-gebraucht-Werden“ kämpfte. Hoffnungsvoll stimmte, dass die Klientin von Anfang an auf die Erfahrung des Ernstgenommen-Werdens ansprach. Sie zeigte sich für das therapeutische Angebot also empfänglich (vgl. Höger, 2006b, S. 129 ff.).

### *2. Phase: Akzeptanz des Krankheitszustands, vermehrtes Selbstverständnis (17–24)*

Die Klientin war nach dem Klinikaustritt zunächst von Überforderung „*umzingelt*“: die Rückkehr in den Alltag, die fehlende Tagesstruktur, ihre Arbeitslosigkeit, die ungewisse berufliche und finanzielle Zukunft – all das überstieg ihre derzeitigen Bewältigungsmöglichkeiten. Sie grübelte häufig, auch in den Therapiestunden, wenn Schweigepausen auftraten. Sie überlegte, wie sie der Zukunft gewachsen sein und was sie als nächstes in Angriff nehmen sollte. Sie musste sich mit vielen Briefen von der Kranken- und Lohnausfallversicherung herumschlagen. Sie brachte diese in die Stunden mit, und wir besprachen sie ausführlich. Sie setzte alles daran, sich eine sinnvolle Tagesstruktur zu geben und begann alsbald mit Erfolg, Wochenpläne zu erstellen. Sie achtete darauf, regelmäßig

Leute zu treffen und machte täglich Spaziergänge an der frischen Luft. Durch diese Strategien gelang es ihr zunehmend, Einfluss auf ihre Situation zu nehmen und Selbstwirksamkeit zu erfahren.

Da sie noch immer sehr rasch müde wurde, begann sie auf Anraten der Hausärztin nun doch mit der Einnahme eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers und mit einer medizinischen Kräftigungstherapie. Sie selbst gewann den Eindruck, dass sich vor allem das Krafttraining positiv auf ihre Verfassung auswirkte.

Die Auseinandersetzung mit der Tatsache des ‚Krank-Seins‘ wurde zum zentralen Thema. Sie litt immer wieder darunter, dass man ihr das Kranksein nicht ansah und dass sie sich anderen Leuten immer wieder erklären musste. Sie fürchtete, nicht ernst genommen zu werden. In einer Stunde berichtete sie ein traumatisches Ereignis aus ihrer Jugend, nämlich wie sie mit 14 Jahren beinahe an einer Hirnhautentzündung gestorben sei. In den darauffolgenden Jahren sei sie aus Angst rasch zum Arzt gegangen, wenn sie an ihrem Körper etwas Beunruhigendes beobachtet habe, bis dieser ihr einmal gesagt habe, sie müsse nicht wegen jeder Kleinigkeit kommen. Seither habe sie mit großer Verunsicherung gekämpft, wenn etwas mit dem Körper nicht so war wie immer. Ihre Unsicherheit in der Beziehung zum Körper wurde in dieser Stunde sehr einfühlbar.

Im folgenden Gesprächsausschnitt lassen sich Aspekte des oben erwähnten sich verändernden Umgangs mit der eigenen Verfassung aufzeigen:

*Gesprächsausschnitt zur 2. Phase (19. Stunde, 6 Wochen später)*

K1: *Sonst habe ich es eigentlich recht gut. Es ist auf und ab –*

T1: *Prima.*

K2: *Bis letzten Donnerstag ist es mir sogar sehr gut gegangen (T: mhm.). Dann habe ich noch, bin ich noch ... ich habe schon recht Druck, Stress gehabt für meine Verhältnisse. Ich habe relativ viel plötzlich vorgehabt für den letzten Donnerstag.*

T2: *Mhm. Also am Donnerstag viele Termine gehabt. Oder viele Sachen erledigen wollen.*

K3: *Ja, viele Sachen machen wollen. Weil ich habe plötzlich spontan entschieden, dass ich in die Berge fahre, am Donnerstagnachmittag.*

T3: *Ahja? Übers Wochenende?*

K4: *Ja.*

T4: *Mhm.*

K5: *Und dann habe ich gewusst, ich habe noch den Laufbahnberatungstermin. Und ich habe irgendwie noch mit meiner Schwägerin schauen müssen, weil sie kein Auto gehabt hat, um mit ihr noch einkaufen gehen zu können oder so und dann bin ich mit dem Velo nach D. gefahren und wieder heim.*

T5: *Ah.*

K6: *Und ich habe dann doch gestaunt: Ganz langsam bin ich gefahren mit dem Velo, dann zurück geht es eben noch ein bisschen aufwärts ... (T: mhm) ... aber es ist gegangen und ich habe mich gut gefühlt danach.*

T6: *Mhm.*

K7: *Und dann habe ich mich wirklich fit gefühlt und dann bin ich noch ... der Weg ins Bündnerland zu meiner Freundin ...*

T7: *Also, also, das ist neu! Oder? Dass Sie jetzt mit dem Velo so nach D. fahren und zurück und sich nachher fit fühlen?*

K8: *Ja!*

T8: *Das war ja früher für Sie ... da waren Sie nachher am Anschlag, mussten sich hinlegen!*

K9: *Ja.*

T9: *Also, das Fitness nützt etwas!*

K10: *Ja. Ich habe das Gefühl, ich fühle mich besser, körperlich. (T: Schön!) Und dann bin ich am Donnerstag in die Berge gefahren und ich mein', da habe ich einen Weg von fast 4 Stunden. Mit dem Auto bin ich gegangen. Und da habe ich aber gemerkt, dass ich am nächsten Tag sehr müde gewesen bin.*

T10: *Ja, am Freitag dann. Als Sie oben waren.*

K11: *Ja. Auch noch die Höhenunterschiede und alles und der lange Weg. Ich war wirklich sehr müde. Eigentlich alle Tage, die ich bei ihr war, war ich wirklich sehr, sehr müde, wir haben sozusagen nichts gemacht.*

T11: *Mhm. Zu wem sind Sie?*

K12: *Zu einer Freundin von mir, die dort hinten wohnt. Und dann haben wir gar nicht so viel gemacht. Dann sind wir wirklich mehr so ein bisschen in den Garten rausgehängt (T: ja), es war eigentlich ein –*

T12: *Ein ruhiges Wochenende (K: ja.), ein Erholungswochenende. Und wie war das für Sie?*

K13: *Gut.*

T13: *Es war o. k., dass es so ist?*

K14: *Ja. Ich war einfach so, ich war recht müde. Ich habe dann gemerkt: aha, da ist jetzt wieder einmal meine Grenze! (T: mhm), dass es immer noch – ich habe mich zwar gut gefühlt am Donnerstag, ich habe auch diese Reise gut machen mögen und ich habe auch – eingeplant, es gemütlich genommen und so und trotzdem war ich nachher die nächsten 3 Tage sehr müde, da habe ich gemerkt, o. k., es ist noch nicht ganz so, wie ich will.*

T14: *Eben – wie ging es Ihnen mit diesem Müdesein? War das –*

K15: *Ja, ich habe einfach, habe einfach gemerkt, dass es doch noch nicht so ist, wie ich es gerne hätte.*

T15: *Also, da waren Sie auch ein wenig enttäuscht darüber?*

K16: *Ein wenig schon, aber –*

T16: *Nicht so sehr, oder?*

K17: *Nicht so sehr, nein.*

T17: *Da habe ich auch das Gefühl wenn Sie erzählen, das ist nicht mehr so –*

K18: *Wenn ich dann wieder mehr Ruhe habe, kommt das dann schon, habe ich gedacht.*

T18: *Also mehr Zuversicht in dem ... (K: ja.), es dünkt mich, da seien Sie schon viel mehr beunruhigt gewesen (K: ja.) über die Müdigkeit (K: ja.), das ist für Sie heute eher o. k. so (K: ja), weniger beunruhigend!*

K19: *Ja. Es ist mehr, ich mache mir mehr Gedanken über ... ich bin ja dann am Sonntag in der Nacht heimgefahren für nach B., für dieses Treffen. Ich habe mir dann mehr Gedanken gemacht, ich muss jetzt einfach wieder aufpassen, dass ich nicht zu viel mache. Ich habe jetzt wirklich jeden Tag immer etwas gehabt und morgen habe ich jetzt mal so einen Ruhetag. Morgen ist.*

T19: *Ja, Sie haben dann gemerkt am Wochenende dort im Bündnerland, ich bin müde, ich mag nicht so viel und am Montag ist schon der Termin in D. (K: Ja.) und dann hat gerade kurz so ein Alarmlämpchen hat aufgeleuchtet, Achtung, jetzt musst du schauen (K: Ja.), dass du nicht ...*

K20: *Ja, weil ich ja dann am Sonntag wieder diese (unverständlich) nach Hause gefahren bin.*

T20: *Genau, und am Montag eigentlich wieder aufbrechen für den Termin in D.*

K21: *Und dann wieder den ganzen Tag auf den Beinen, und gestern hatte ich auch wieder Termine gehabt am Morgen –*

T21: *Ja. Sie schauen sich ziemlich gut! Scheint es mir.*

K22: *Ja, es geht recht gut.*

T22: *Also wenn Sie so beschreiben, dann merken, am Montag wird es mir zu viel, jetzt muss ich schauen, dass ich nachher eine Pause habe, dann schauen Sie sich recht gut, dünkt es mich!*

K23: *Ja, da schaue ich schon nach Möglichkeit.*

### *Kommentar zum 2. Gesprächsausschnitt*

**Zur Klientin:** Der Gesprächsausschnitt zeigt zunächst, dass sich einerseits die körperliche Verfassung der Klientin verbessert hat, dann aber auch, dass sich ihr Umgang mit nach wie vor bestehenden Schwankungen verändert hat: Sie kann solche besser einordnen, das Panische und das Haltlose sind verschwunden. Zudem beginnt sie sich mit mehr Wohlwollen zu begegnen. Sie kann beispielsweise wahrnehmen, dass sie unter „Druck“ und „Stress“ stand (K2). Sie berichtet von einem zunehmenden Aktionsradius in ihrem Leben und davon, welche Rückwirkung ihre vermehrten Aktivitäten und Aufgaben auf ihren Kräftehaushalt haben (K1–K12). Dabei befindet sie sich offensichtlich nach wie vor in einem Modus der erhöhten (ängstlichen) Selbstbeobachtung, sie ist stets unsicher und angespannt, ob sie sich nicht wieder zu viel zumutet und führt seismographisch genau Buch darüber. Hinter dieser hohen Vorsicht im Umgang mit sich selbst, mag man vermuten, spürt sie ihren traumatischen Stress nachhallen und will tunlichst vermeiden, sich ihrem gewohnten Muster entsprechend wieder zu überfordern. Sie geht

also mit ihrer Tendenz zur Selbstüberforderung sorgsamer und achtsamer um als bisher. Sie bringt auf indirektem Weg Hoffnung und Zuversicht zum Ausdruck. Es ließe sich mit Blick auf das Krisenverlaufsmodell von Bossi feststellen (a. a. O.), dass die Erfahrung der Krise zur Selbsterfahrung geworden ist, was sich in der größeren Akzeptanz ihres Zustands äußert.

**Zur Interaktion Klientin-Therapeut:** Es ist für die Klientin offensichtlich wichtig, ihre Tagesabläufe genau zu besprechen, und ich versuche dabei, möglichst genau zu erfassen, wie es ihr dabei geht. Es geht dabei darum, der Klientin zu verhelfen, Beruhigung zu erfahren, ihr zu versichern, dass sie sich und ihre Grenzen adäquat wahrnimmt. Sie muss ihre durch den Zusammenbruch sehr erschütterte Selbstwahrnehmung wieder neu „aufbauen“ und benötigt dabei Unterstützung. Zu dieser Aufgabe gehört für mich als Therapeut auch, der Klientin zu vermitteln, was sich verändert hat (T7, T9, T17, T18, T21, T22).

### *Kommentar zur 2. Phase*

Die Klientin hatte jetzt eine offensichtlich realistischere Vorstellung ihres Zustands. Durch die gesteigerte Selbstwirksamkeitserfahrung und natürlich durch die beginnenden Fortschritte in der körperlichen Verfassung begann sich ihre Stimmung zu bessern. Ihre disziplinierte Seite wurde hier zur Ressource für sie: sie konnte sich selber Ziele setzen und diese verfolgen. Es stand aber nach wie vor keine Selbstexploration an, sondern die Bewältigung der anstehenden Aufgaben. In meiner Rolle als Therapeut erlebte ich es in dieser Phase immer wieder als wichtig, der Klientin die konkrete, alltagsnahe Unterstützung bei der Wiedereingliederung anzubieten. Auch hier hatte sich die Empathie vor allem auf die fundamentale Erfahrung der Klientin von Überforderung zu richten. Dass in den Gesprächen auch weiter zurückliegende belastende Lebensereignisse Thema werden konnten – die Scheidung der Eltern etwa oder die Hirnhautentzündung – ermöglichte, die aktuelle Krise und deren Bedingungsfaktoren auch vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund der Klientin zu verstehen.

### *3. Phase: Reorganisation des äußeren Lebens und vermehrter Blick auf inneres Erleben (25–36)*

Die Klientin kam in dieser letzten Phase der Therapie in einer deutlich anderen Gesamtverfassung in die Sitzungen. Sie war vitaler und positiver gestimmt. Sie nahm zudem wieder am sozialen Leben teil, fuhr etwa in die Ferien und konnte dies genießen. Im Verlauf dieser Phase wird auch das Antidepressivum abgesetzt.

Die Planung der beruflichen Zukunft wurde immer mehr zur herausforderndsten Aufgabe. Im Rahmen der beruflichen

Wiedereingliederung konnte sie an einem mehrwöchigen Belastbarkeitstraining teilnehmen und ihre Aufgaben gut erfüllen. Sie sagte auch, dass sie sich zwischendurch bei der Arbeit frage, wie es ihr gehe, das helfe ihr, nicht in „alte Muster“ zurückzufallen. Sie begann, sich auf Stellen zu bewerben und fand später eine ihr zusagende Position in der Administration. Dies erlebte sie als einen sehr grossen Schritt vorwärts.

Neben diesen Inhalten, die um die Reorganisation des äußeren Lebens kreisten, gelangten Beziehungsthemen vermehrt ins Gewahrsein. Die Klientin hat einen neuen Mann kennengelernt, doch konnte dieser sich nicht auf eine Beziehung einlassen und blieb insgesamt unverbindlich. Für die Klientin war sein Verhalten emotional sehr verwirrend, sie litt zunehmend darunter und trennte sich schließlich. Außerdem blickte sie auch vermehrt auf die Beziehung zu ihrer Mutter. Sie erkannte, dass die Mutter im Jugendalter mit Erwartungsdruck auf schulische Leistungsprobleme der Klientin reagierte und sie in dieser Zeit somit wenig Verständnis und Unterstützung von zuhause erfahren habe, dass sie in dieser Zeit das Gefühl entwickelte, sich über ihre Leistungsgrenzen hinaus anstrengen zu müssen und alles mit sich allein aushalten zu müssen.

Die Klientin beklagte in dieser Phase wiederholt Stimmungstiefs, die sie nicht einordnen konnte. Sie begann die Stunden nicht selten mit dem Vorbringen von Symptomzuständen – etwa Lustlosigkeit, Müdigkeit –, in denen sie sich kaum verstand. Im Gespräch wurde dann jeweils deutlich, dass sie viel zu bewältigen hatte. Im Unterschied zu früheren Phasen wurde es dabei eher möglich, das innere Erleben der Klientin ansatzweise zu explorieren. Dies lässt sich gut veranschaulichen anhand des

#### *Gesprächsausschnitts zur 3. Phase (29. Stunde, weitere 7 Monate später)*

- K1: *Und sonst habe ich nicht so gute Laune.*  
T1: *Nicht so gute Laune.*  
K2: *Ja.*  
T2: *Ja?*  
K3: *Ich weiß auch nicht so genau, ich bin einfach nicht motiviert. Ich weiß nicht so genau, es kreist auch vieles ums Stellensuchen.*  
T3: *Mhm.*  
K4: *Und irgendwie, ich weiß auch nicht. Es hat jetzt so eine Abflautung gegeben, weil es auch nicht so viele Stellen gerade gab, die mir passten.*  
T4: *Das ist ein Dämpfer!*  
K5: *Ja.*  
T5: *Wie ist es denn gerade so? Hoffnungslos ein bisschen oder so lustlos?*  
K6: *Lustlos. Ich habe irgendwie nicht das Gefühl ... es ist keine Angst, es ist auch keine Verzweiflung, es ist einfach so wie, wie Nichts! Ich kann nicht sagen, es ist eine Überforderung, es ist*

*nicht eine Überforderung! Es ist wie Nichts! Der Bewerbungscouch ist so motiviert, nur ich nicht.*

T6: *Mhm. Und es ist so schwierig, der Bewerbungscouch ist so motiviert und wäre eigentlich super, aber Sie mögen wie nicht mitmachen bei dem, was er vorgibt ...*

K7: *Doch, ich mag schon mitmachen. Ich habe jetzt zwei Sachen, auf die mich noch bewerbe, es geht schon, es ist ein klein wenig harzig, ich kann mich schon.*

T7: *Sie müssen sich wie überwinden, spüre ich (K: ja.). Sie mögen schon mitmachen, aber es ist eben ohne etwas. (K: ja, genau.). So nichts. Ohne Gefühle, ohne Freude, ohne Lust. So wie leer (K: ja.). Ein bisschen leer?*

K8: *Ja. Ja.*

T8: *Und wie ist es für Sie, dass das so ist?*

K9: *Sehr unangenehm! Ich weiß nicht, was das genau soll, was das genau ist.*

T9: *Verunsichernd?*

K10: *Ja. Weil ich weiß nicht genau, woran das jetzt liegt. Liegt es vielleicht auch daran, dass ich trotzdem ein bisschen Angst habe vor etwas Neuem ... ich ...?*

T10: *Also wirklich so: Was soll das, dass das jetzt so ist?, fragen Sie sich (K: mhm.) Womit hat das zu tun? (K: mhm.). Ist das irgendeine Angst, sagen Sie, die Sie verdrängen? Meinen Sie?*

K11: *Ja, vielleicht! Einfach wieder etwas Neues und so, ob das dann geht! Ich weiß nicht, ob es an dem liegt? Ich kann es einfach nicht ...*

T11: *Aber es ist wie ... für Sie – es ist so unangenehm, heißt das, es ist nicht in Ordnung, dass es jetzt so ist im Moment für Sie? (K: ja.). Es darf wie nicht sein? Oder es sollte nicht sein?*

K12: *Ja, ja. Ich glaube, es hängt nicht einmal nur mit dem Stellensuchen zusammen, es ist so ein allgemeines Empfinden.*

T12: *Mhm. Sehr belastend ist das.*

K13: *Es ist irgendwie ... Es verwundert mich wieder. Nach außen sieht man mir das nicht an. Die Leute um mich herum, ich kann genau so lustig sein, aber in mir drin passiert, ist nichts. Und das merkt keiner! Es ist einfach so, ich kann es überhaupt nicht fassen. Vielleicht meine ich auch nur, es gehe mir nicht gut!*

T13: *Was ist jetzt gerade passiert, dass Sie zu diesem Schluss kommen?*

K14: *Ja, weil ich nicht irgendwie einen Grund sehe. Ja, doch vielleicht ist irgendwie ... ich weiß doch auch nicht, was! Ich habe es einfach nicht gerne, wenn ich es nicht fassen kann, wenn ich es nicht erklären kann. Ja, wenn ich weiß, ich habe irgendwie zu viel gemacht, dann weiß ich, es ist wegen dem. Aber das kann ich wie nicht greifen!*

T14: *Das ist total lästig für Sie. Es kommt einfach so. Es gibt überhaupt nichts, wo Sie das jetzt gerade einordnen könnten.*

K15: *Mhmm ... ich habe irgendwie das Gefühl: Morgen habe ich frei, ich habe den ganzen Tag frei und es wird schönes Wetter. Da habe ich gedacht, ich könnte doch etwas machen. Alleine*

*bin ich irgendwie nicht motiviert. Dann bin ich wieder gefrustet, weil ich denke, jetzt hast du doch mal einen Tag frei, jetzt mach doch etwas draus! Und dann bin ich wieder gefrustet, weil ich wieder nichts daraus gemacht habe. Dann denke ich wieder, ich muss ja nichts machen, ich kann es ja auch sonst genießen ...*

T15: *So recht viel Druck oder? (K: ja.) Gibt das irgendwie oder? (K: ja.). Also es ist ein freier Tag, aber eigentlich ist das ist ein Druck, also keine Freude auf diesen freien Tag, sondern es ist ein Druck.*

K16: *Ja. Obwohl ich das schon ein wenig gelernt habe. Ich weiß schon, ich kann mir das schon sagen, ja, es spielt doch keine Rolle, ob ich jetzt frei habe, ich kann ja jetzt einfach mal ausschlafen und schauen, was passiert.*

T16: *Etwas gelernt?*

K17: *Ja, das habe ich schon ein bisschen. Aber im Hinterkopf ist dann trotzdem dieser schöne Tag, ich könnte doch etwas weiter hinaus ...*

T17: *Also, Sie sind irgendwie sehr enttäuscht von sich, oder?*

K18: *Ja ... oder ... ich glaub', es ist nicht einmal unbedingt ich, ich bin, glaube ich, auch gefrustet, weil ich denke, warum ist jetzt niemand hier, der mich ein bisschen mitreißt?! (T: ja.). Und wieso hat jetzt gerade niemand Zeit an dem Donnerstag, um mit mir da etwas zu machen?!*

T18: *Ja. Eben, also mir kommt es so vor, als wären Sie so alleine? (K: ja.), denke ich schon seit ein paar Minuten, also niemand spürt, wie es Ihnen eigentlich geht, die Leute denken, Sie sind wie immer, aber Ihnen geht es gar nicht gut. Und das gibt ja schon so das Gefühl von so alleine sein mit diesen Gefühlen, oder dieser Gefühllosigkeit eigentlich (K: ja.). Und jetzt haben Sie morgen frei und es wäre schön, es wäre jemand da, der an Sie denken würde und mit Ihnen etwas machen. Aber niemand ist da in einem Moment, wo es Ihnen nicht gut geht und wo es so viel wieder auszuhalten und zu bewältigen gibt. –*

K19: *Ja. (Klientin weint)*

T19: *Was macht Sie traurig?*

K20: *Ja ... vielleicht hat es auch damit zu tun, dass ich schon wieder Streit gehabt habe mit meinem so genannten Freund. Ich glaube, das spielt auch noch mit.*

T20: *Mhm.*

K21: *Vielleicht spielt das auch eine Rolle. – Es ist dann so wie zweischneidig: Beruflich weiß ich nicht, wie geht's genau weiter? Und privat weiß ich es eigentlich auch nicht so genau. Vielleicht ist alles wieder ein bisschen viel. –*

T21: *Ja, dass gleich alles unsicher ist. Beruflich – es gibt keine Stellen, auf die Sie hoffen können, dort ist gerade nichts, dort ist Ebbe und in der Beziehung ist auch gerade nicht klar, wie es weiter geht.*

K22: *Ja.*

T22: *Dort ist auch irgendwie Unklarheit oder Spannung? Oder was ist dort?*

K23: *Ja, es ist auch unklar. – Ja, es ist wieder das altbekannte Thema wie etwa vor einem Monat oder zwei – es ist keinen Schritt vorwärts. Dann überlege ich mir aber, ob ich das Ganze beenden soll, aber irgendwie kann ich das nicht.*

T23: *Keinen Schritt vorwärts – also, dort geht es überhaupt nicht in eine gute Richtung, nichts was in Richtung von etwas Aufbauen gehen würde?*

K24: *Es geht eigentlich in überhaupt keine Richtung.*

T24: *In überhaupt keine Richtung.*

K25: *Ja.*

T25: *Sodass Sie sich fragen, soll ich überhaupt noch investieren? (K: mhm.) Oder soll ich das beenden?*

### *Kommentar zum 3. Gesprächsausschnitt*

**Zur Klientin:** Die Klientin versteht sich am Anfang nicht in ihrem Erleben (K3, K6, K9). Erneut lässt sich die eher von Selbstablehnung und geringem Selbstverständnis geprägte Haltung sich selbst gegenüber beobachten. Im Unterschied zur ersten Phase hat sich jedoch ihr Umgang mit ihrem Symptom – hier Stimmungsschwankungen – etwas verändert. Sie kann besser an den sie bedrängenden Zuständen „dranbleiben“ und hinschauen (K10, K12, K13 ff.). Sie kann im Lauf der Sequenz selber spüren, dass sie viel Belastendem ausgesetzt ist (K21). Zudem kann sie, die über so lange Zeit hart mit sich ins Gericht ging, sich zugestehen, Fortschritte erzielt zu haben (K16, K17). Gegen Ende des Ausschnitts spricht die Klientin hingegen mit stärkerem Selbstbezug.

**Zur Interaktion Klientin-Therapeut:** In Bezug auf die therapeutische Interaktion lässt sich zeigen, dass das anhaltende Bemühen von mir als Therapeut, den aktuellen inneren Bezugsrahmen der Klientin empathisch zu verstehen (T15, T17, T18), dazu führt, dass sie sich selber zunehmend wohlwollend und verständnisvoll gegenübertritt. Die gemeinsame Exploration in diesem Ausschnitt verläuft ausgehend von unverstandenen Symptomzuständen hin zu verstehbaren und einfühlsamen (Beziehungs-)Themen. Es lässt sich somit auch zeigen, dass die Klientin auf Aussagen zu ihrem inneren Erleben empfänglicher reagiert, als dies im ersten Ausschnitt der Fall war. Im Gegensatz zu damals scheint ihr hier diese auf das Verstehen des Inneren gerichtete Haltung jetzt Erleichterung zu verschaffen.

### *Kommentar zur 3. Phase*

Die Klientin erlangte in dieser Phase insgesamt eine deutlich höhere Stabilität: Sie konnte sich der beruflichen Wiedereingliederung stellen und die Hilfsangebote durch den Jobcoach nutzen, ihre Selbstregulationsfähigkeit erhöhte sich, sodass sie sich

zunehmend selber im anspruchsvollen Prozess der Stellensuche ‚coachen‘ konnte, und sie vermochte schließlich mehr und mehr am sozialen Leben zu partizipieren. Vorübergehende Krisen im Zusammenhang mit der Stellensuche konnte sie meistern. Sie grübelte weniger über die Zukunft oder Vergangenheit, sondern war mehr mit dem befasst, was gerade aktuell war. Der Zukunft konnte sie mit einem gewissen Vertrauen entgegensehen, auch wenn vieles ungewiss war. Es zeichnete sich ab, dass die schwere Krise vorbei war. Jetzt, wo das äußere Leben wieder organisierter war, begann sie sich in den Therapiestunden zunehmend mit Beziehungsthemen zu befassen. Vom Blickwinkel des Personzentrierten Ansatzes her gesehen, lässt sich also sagen, dass nun auch der *entfaltende* Teil der Aktualisierungstendenz wieder wirksamer wurde, als dies in der Krise der Fall war. Die Klientin entwickelte ein lebendigeres Interesse an der eigenen Person und daran, sich besser zu verstehen.

Zu dem Zeitpunkt, als die Klientin sich ihrem Leben wieder selbstständig gewachsen fühlte –, als sie wieder arbeitsfähig war, eine neue Stelle gefunden hatte –, wünschte sie auch, diese Therapiesequenz zu beenden.

### 3. Bilanz

Die Klientin hat in der insgesamt zehn Monate umspannenden Behandlung eine schwere psychophysische Erschöpfung so weit überwunden, dass sie wieder am Leben teilnehmen konnte. Damit dieser Prozess in Gang kam, war es zunächst wichtig, zu erkennen, dass sich die Klientin in einem psychischen Zustand von Krise befand, und mit ihr gemeinsam ein Verständnis ihrer dekompensativen Erschöpfung zu erarbeiten. Dies erwies sich als Voraussetzung für die Akzeptanz des Krankheitszustands. Im weiteren Verlauf gewann die Beschäftigung mit wichtigen persönlichen Themen, die mit

dem Erschöpfungszustand in einem Zusammenhang standen, an Bedeutung: die Selbstüberforderungstendenz der Klientin, aber auch lebensgeschichtlich wichtige Themen wie die Scheidung ihrer Eltern, ihre Hirnhautentzündung, ihr Umgang mit dem eigenen Körper. Sprach sie am Anfang des Prozesses kaum davon, wie es ihr ging, wurde dies mehr und mehr ein Thema. Die Klientin selbst beschrieb eine höhere Sensibilität mit sich selbst, mehr innere Ruhe und wiedererlangtes Selbstvertrauen als die wichtigsten Veränderungen. In Bezug auf die therapeutische Arbeit sei es für sie wichtig gewesen, dass jemand gespürt habe, wie es ihr ging, wo sie das selber manchmal nicht gespürt habe. Die Betrachtung der vorgestellten Gesprächssequenzen legt die Hypothese nahe, dass ein angemessenes empathisches Verstehen der momentanen Situation der Klientin und ihrer Möglichkeiten, von Bedeutung dafür war, dass die Klientin letztlich mehr Selbstempathie entwickeln konnte und allmählich konstruktive Schritte machen konnte. In den Ausschnitten lässt sich beobachten, dass diejenigen Momente, in denen die Verwirklichung dieser Haltung gelang, zu einer Veränderung in der Art führten, in der die Klientin sich mit sich selbst befasste.

### Literatur

- Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 373–391). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2006a). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 38–72). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 118–138). Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.