

Mark Galliker

Gesprächspsychotherapie mit einer älteren Frau

Zusammenfassung: Dargestellt wird der therapeutische Prozess bei einer 73-jährigen depressiven Frau. Die ersten Therapiestunden standen ganz im Zeichen der Herstellung eines Kontaktes zur Klientin. Der Therapeut konzentrierte sich zu Beginn der Therapie auf die Wiedergabe ihrer verbalen Beiträge und später dann auf die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. Er unterstützte so gut wie möglich die Exploration der Klientin und gelangte zunehmend von einseitig empathischen zu dialogischen Wiedergaben.

Schlüsselwörter: Zugehende Beratung und Therapie, Verbalisierung, Selbstexploration, empathische und dialogische Resonanz, therapeutischer Prozess

Abstract: Talking therapy with an elderly woman. The therapeutic process of a 73-year-old woman with depression is presented. The first hours were used entirely to establish contact with the client. The therapist initially focused on reflecting the client's utterances and later on the verbalization of emotional experiences. He supported the client's self-exploration as far as possible and increasingly progressed from unilateral empathetic reflection to dialog-based reflection.

Key words: proactive counseling and therapy, verbalization, self-exploration, empathetic and dialog-based resonance, therapeutic process

Die im Folgenden beschriebene Gesprächspsychotherapie (GPT) mit einer 73-jährigen Frau¹, welche in psychopathologischer Hinsicht als depressiv und alkoholabhängig eingestuft wurde, dauerte 32 Therapiestunden. Es handelt sich um einen Praxisbericht, in dem einige wenige relevante Gesprächsausschnitte dargestellt werden und auf theoretische Erörterungen weitgehend verzichtet werden muss. Der Bericht gliedert sich in drei Teile, wobei die einzelnen Abschnitte durch einen Wohnortswechsel der Klientin während der Therapie und durch die Eingewöhnung am neuen Wohnort extern vorgegeben wurden.

Die Therapie wurde im Rahmen der so genannten *Zugehenden Beratung und Therapie* einer ambulanten Beratungsstelle für ältere und verwirrte Menschen und ihre Angehörigen in einer süddeutschen Industriestadt durchgeführt. Bei dieser Vorgehensweise geht es im Unterschied zur „Prä-Therapie“ nicht in erster Linie darum, individuelle Bedingungen für Veränderungen mitunter im Sinne von Rogers' (1959/1987) erster Voraussetzung zu persönlichen Veränderungen in der Therapie zu fördern (vgl. u. a. Prouty, 1998), sondern objektive (insbesondere räumliche) Voraussetzungen für ein Individuum so zu gestalten, dass eine Therapie realisierbar wird (vgl. u. a. Karl & Nittel, 1980). Bei den ersten fünf – noch nicht elektronisch festgehaltenen – Therapiestunden (s. u.) handelte es

sich vor allem um einfache verbale Wiedergaben im Sinne der klassischen GPT (Rogers, 1942/1985).

Anhand der im Folgenden in komprimierter Form dargestellten Fallgeschichte soll der Frage nachgegangen werden, ob sich die Durchführung einer GPT mit einer älteren Klientin überhaupt als sinnvoll erweisen kann. Obwohl dies seit Jahrzehnten wissenschaftlich nicht mehr in Frage gestellt wird (vgl. u. a. Bergeest & Rönnecke, 1980), ist die Auffassung nach wie vor weit verbreitet, dass Psychotherapie – und insbesondere auch GPT – mit älteren Menschen ein wenig lohnendes oder sogar riskantes Unterfangen darstellt. Beim vorliegenden Beispiel kommen neben der Voraussetzung des Alters noch weitere Faktoren hinzu, die eine GPT als fragwürdig erscheinen lassen könnten: Das Setting (GPT bei der Klientin zu Hause) ist ungewöhnlich, und zwischen der Klientin und dem Therapeuten bestehen relativ große Unterschiede im sprachlichen Ausdruck. Ist die Durchführung einer GPT nur mit Angehörigen der Mittelschicht möglich, die vielleicht noch über besondere Kompetenzen hinsichtlich der Verbalisierung verfügen, oder hängt der therapeutische Fortschritt eher von anderen Faktoren ab?

Anmeldungsgrund

Frau K. wurde von einer Sozialarbeiterin wegen einer schweren Depression und eines massiven Alkoholproblems zur Therapie angemeldet. Die Klientin wollte allerdings von Ärzten, Psychiatern,

1 Die in diesem Artikel angeführten Informationen (Namen, Altersangaben usw.) wurden ohne wesentliche Informationsverluste anonymisiert und leicht verändert.

Psychologen und Sozialarbeitern nichts mehr wissen. Angesichts des sehr schlechten Befindens von Frau K. vereinbarte man dennoch, einen Therapieversuch zu wagen. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnose (Anpassungsstörung mit lang andauernder depressiver Reaktion bei einer instabilen Persönlichkeit mit Alkoholabusus) äußerten die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle den Verdacht auf Borderline. Schließlich wurde eine Persönlichkeitsstörung mit einem Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im Selbstbild, verbunden mit deutlicher Impulsivität, angenommen (DSM-IV, 301.83).

Gemäß OPD (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*) zeigte sich ein „geringes strukturelles Integrationsniveau“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 120). Diese Diagnose verwies insbesondere auf Probleme hinsichtlich der Kompetenz, eigene Impulse, Affekte, den Selbstwert und damit Bezüge zu den Mitmenschen genügend regulieren zu können. Bei der innerhalb der Beratungsstelle bestehenden möglichen Alternative GPT versus KVT (Kognitive Verhaltenstherapie) wurde aufgrund der Inkongruenz der Klientin und der zunächst in keiner Weise gegebenen Compliance die erste Option gewählt. Die Inkongruenz der Klientin wurde vor dem Hintergrund des siebenstufigen *Prozesskontinuums* (PK) von Rogers (u. a. 1961/2006), dessen oberste Stufe die (kaum je realisierbare) Leitvorstellung der so genannten *fully functioning person* darstellt, sowie der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD), insbesondere der hinsichtlich der GPT besonders relevanten Achse IV (Struktur), betrachtet (Arbeitskreis OPD, 2006).

Die Strukturachse der OPD bezieht sich auf das *Selbst* in seiner Beziehung zu den so genannten Objekten (Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle; Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit zur inneren und äußeren Abgrenzung). Mit zunehmend geringerem Strukturniveau wird gemäß OPD sehr viel häufiger von Persönlichkeitsstörungen ausgegangen (Oberbracht, 2005). Die mit diesem OPD-System anvisierte Struktur bezieht sich auf die Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu inneren und äußeren Objekten. Der Grad der Verfügbarkeit oder der Einschränkung wird anhand des Integrationsniveaus (gute, mäßige, geringe Integration, Desintegration) der jeweiligen Funktionen beschrieben. Von den sechs Strukturdimensionen betreffen die ersten drei das Selbst (Selbstwert, Selbststeuerung, Abwehr) und die weiteren drei den Bezug zu den Objekten (Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung).

Zur theoretischen sowie praktischen Orientierung im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes (PZA) wurde auch das nicht psychopathologisch verfasste und unmittelbar auf das Geschehen im Gespräch hin ausgerichtete humanpsychologische Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (vgl. Schulz von Thun, 1981) beigezogen und jeweils hinsichtlich des verbalen, präverbalen und nonverbalen Verhaltens der Beteiligten befragt (Galliker & Weimer, 2006).

Die genannten Instrumente und Modelle wurden allerdings bewusst ausschließlich in einem heuristischen Sinne verwendet (vgl. Brossi & Biermann-Ratjen, 2007). Der Therapeut versuchte der Klientin möglichst unbefangen und eben *nicht* theoriezentriert zu begegnen. Im Verlaufe der Therapie spielten die angeführten Hilfsmittel für den Therapeuten dann auch eine immer geringere Rolle; ja die vorgängigen Diagnoseversuche wurden schließlich einfach vergessen. Jedenfalls tauchten sie im Diskurs der Supervision *nie* wieder auf.²

Anamnese

Frau K. (73 J.) arbeitete seit ihrem 17. Lebensjahr als Hilfsarbeiterin in einer Großgießerei in einer süddeutschen Industriestadt. Später war sie in einer industriell betriebenen Großwäscherei beschäftigt. In beiden Unternehmen musste sie sehr hart körperlich arbeiten. Sie war stolz auf ihre damaligen Leistungen. Dieselben waren eine Bestätigung, die sie für ihr Selbstwertgefühl zeitlebens brauchte. In der Großgießerei lernte Frau K. – damals noch Fräulein P. – schon bald einen acht Jahre älteren Mann kennen. Herr K. war ein gut aussehender, geselliger Facharbeiter, der in seiner Freizeit als Leader einer Band zum Tanz aufspielte und dem Alkohol schon in jüngeren Jahren nicht abgeneigt war. Als Fräulein P. im Alter von 18 Jahren von Herrn K. schwanger wurde, wollte sie ihn *nicht* heiraten; ihr war bewusst, dass er ihr nicht treu sein konnte. Auf Druck ihrer Mutter, die den jungen Arbeiter bewunderte, heiratete sie ihn schließlich dennoch.

Frau K. gebar drei Kinder. Ihr Mann war mit der Zeit immer seltener zu Hause. Wenn er nicht selbst bei einer Veranstaltung auftrat, trieb er sich in Nachtclubs herum und kam häufig erst frühmorgens alkoholisiert nach Hause. Stellte sich ihm seine Frau in den Weg, dann schlug er sie, und auch gegenüber den Kindern verhielt er sich aggressiv. Aus Rache, weil ihre Mutter sie zur Heirat gezwungen hatte, weigerte sich Frau K., ihren Sohn der Mutter, die keine Erfahrung mit einem männlichen Kind besaß, zur zwischenzeitlichen Betreuung zu überlassen.

Nach vielen tristen Ehejahren veranlasste Frau K. gegen den Willen ihres Mannes die Scheidung und setzte diese dann auch gegen allen Widerstand durch. Fortan hatte Frau K. besonders mit den Kindern Probleme und das Jugendamt wurde eingeschaltet. Doch laut Aussage von Frau K. konnte sie diesem gegenüber klarstellen, dass sie ihre Kinder nicht schlug. Einige Jahre nach der Trennung lernte Frau K. Herrn E. kennen. Herr E. war ein eher ernster und zurückhaltender Mann. Sie musste ihn manchmal dazu überreden, mit ihr am Samstagabend tanzen zu gehen. Frau K.s ehemaliger Mann reagierte unverhältnismäßig eifersüchtig auf Herrn E.

² An dieser Stelle möchte ich mich bei Rosina Brossi, Agnes Kraft, Jörg Merz und Urs Muigg für ihre Unterstützung herzlich bedanken.

Nach jahrelanger Trennung konnte Herr K. seine Ex-Frau dazu überreden, wieder mit ihm zusammenzuziehen. Wegen der in Aussicht gestellten Rente willigte sie schließlich ein; handelte mit ihm jedoch aus, dass Erotik aus der künftigen Beziehung – wie während der Trennungsphase – ausgeschlossen bliebe. Sie stellte gegenüber ihrem Mann klar, dass die „Wiedervereinigung keinesfalls aus Liebe“ erfolgen würde. Doch die Familie war nun wieder zusammen. Regelmäßig besuchten die inzwischen erwachsenen Kinder (zwei Töchter und ein Sohn) mit ihren Kindern (insgesamt neun Enkeln) ihre Eltern bzw. Großeltern an Sonntagen. Doch nach einigen wenigen Jahren schon erkrankte Herr K. und die Klientin pflegte ihn bis zu seinem Tode.

Frau K. blieb nach dem Tode ihres Ehemannes an Sonntagen alleine in ihrer Wohnung. Sie war sehr unzufrieden mit sich und der Welt. Sie vernachlässigte sich, begann zu rauchen und zu trinken. Ihre Wohnung wurde unordentlich und schmutzig. Sie bekam keinen Besuch mehr. Wenn sie jemanden im Treppenhaus oder auf der Straße vor dem Haus traf, kam es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem Streit. Frau K. verließ ihre Wohnung und schließlich auch das Bett immer seltener. Wenn sie einmal ausging, war sie zu den Leuten aggressiv. Auch mit ihren nächsten Angehörigen zerstritt sie sich. Seit Monaten sah sie ihre drei Kinder und ihre acht Enkel nicht mehr. Mit ihrer ältesten Tochter und Lieblingstochter R. telefonierte sie höchstens noch einmal pro Monat. Bei einem dieser Gespräche versicherte sie der Tochter, dass sie niemanden mehr sehen wolle, worauf auch dieser spärliche Kontakt unterblieb. Frau K. war verbittert und manchmal auch aufgewühlt. Dabei machte sie aus ihrem Hass auf alle und alles keinen Hehl mehr.

Kurz vor Beginn der Therapie kam es zu einer Auseinandersetzung mit der Vermieterin, weil diese behauptet hatte, Frau K. würde die Haustreppe nicht mehr richtig reinigen. Frau K. sah sich ungerrecht behandelt; unter anderem auch deshalb, weil ihr Nachbar, ein älterer Herr, mit dem sie sonst verhältnismäßig gut auskam, noch nie die Treppe gereinigt hatte und dies von der Vermieterin noch nie beanstandet worden war. Sie beschimpfte die Vermieterin so heftig, dass diese ihr kündigte. Hierauf vermittelte ihr der gesetzliche Betreuer (Herr D.) ein Appartement im Rahmen des betreuten Wohnens in einem Quartier am anderen Ende der Stadt.

Beginn der Therapie

Eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle fragte beim Therapeuten an, ob es ihm noch möglich sei, mit Frau K. eine Psychotherapie zu Hause durchzuführen. Der Therapeut vertrat gegenüber der Beraterin zunächst die Meinung, dass die Klientin aufgrund ihres noch nicht allzu hohen Alters die Beratungsstelle in der Innenstadt aufsuchen könne. Die Beraterin erachtete diesen Vorschlag jedoch zumindest für die ersten Therapiestunden als unrealistisch, und zwar aus folgenden Gründen:

- Die Klientin wohnte in einem Außenbezirk der Stadt. Die Fahrt mit der Straßenbahn dauerte 20 Minuten. Außerdem waren es rund fünf Minuten von Zuhause zur Straßenbahnhaltestelle und zirka zehn Minuten von der Endhaltestelle zur Beratungsstelle.
- Beim ersten Besuch auf der Beratungsstelle wäre eine Begleitung hin und zurück durch die Beraterin oder eine andere Betreuungsperson notwendig gewesen, denn seit dem Tod ihres Mannes bewegte sich die Klientin – wenn überhaupt – nur noch zu Fuß innerhalb ihres Stadtteils.
- Auch bei einem geglückten Therapiebeginn mit Einwilligung der Klientin wäre die Fortsetzung zumindest fraglich gewesen. Die Klientin wäre aufgrund ihrer Einstellung gegenüber Ärzten, Psychiatern und anderen Betreuungspersonen wahrscheinlich zu wenig motiviert gewesen, den langen Weg ein zweites Mal – und nun alleine – zurückzulegen.
- Die Klientin würde, auch wenn sie wirklich mit einer Psychotherapie einverstanden wäre und wider Erwarten den Weg alleine finden würde, aufgrund ihres Alkoholproblems und ihrer Nikotinsucht sicherlich unterwegs bei einem Café oder einem Kiosk „hängenbleiben“.

Die Beraterin rief einige Tage später den Therapeuten nochmals an und informierte ihn über das Einverständnis von Frau K. für einen ersten Besuch. Als der Therapeut an dem mit der Beraterin vereinbarten Termin an der Wohnungstüre der Klientin läutete, tat sich zunächst gar nichts. Erst nach mehrmaligem „Rufen“ öffnete sich die Türe und Frau K. meldete sich mit den Worten: „Was wollen Sie hier eigentlich?“ – „Ach, Herr G.?“ – „Mit Ihnen habe ich überhaupt nicht gerechnet!“ Nach einer längeren Pause sagte Frau K.: „Ah so, also – jawohl, Sie können schon reinkommen“.

Die Klientin, eine eher klein gewachsene, hübsche ältere Frau, war damals noch sehr mager und hatte kurze, fettige Haare. Das Aussehen von Frau K. machte den Anschein, als ob der Gram seit einiger Zeit „direkt an ihr zehrte“, weshalb sie trotz aller körperlicher Vorzüge „gar nicht gut aussah“, wie sich Herr D. dem Therapeuten gegenüber ausdrückte.

In der Wohnung (drei Zimmer) herrschte eine große Unordnung. Der Therapeut saß der Klientin an einem niedrigen rechteckigen Sallontisch in dem wenig gepflegten Wohnzimmer gegenüber. Auf dem Tisch befanden sich ein Teller mit einem halb gegessenen Kotelette, einige Bierflaschen und viele Zigarettenstummel.

Ein richtiges Gespräch kam beim ersten Treffen nicht zustande. Von einem offensichtlich andauernden, nagenden Kummer innerlich hart geworden und mit stillem, unnachsichtigem Pessimismus erfüllt, gab die Klientin höchstens kurz angebundene Antworten und verschloss sich dem Therapeuten gegenüber. Die Klientin gab aber dem Therapeuten immerhin zu verstehen, dass sie sich ihm gegenüber „nicht öffnen“ wolle und „keine Beziehung“ wünsche. Sie appellierte auch nonverbal an ihn, sie gefälligst „nicht zu stören“. Auf ausdrückliche Fragen hin stellte sie diese Verneinungen

wiederum in Abrede. Diese erste „Therapiestunde“ war in Wirklichkeit eine mit vielen längeren Pausen durchsetzte „Fragestunde“. Immerhin konnte aber nach dieser ersten Stunde ein zweiter Termin vereinbart werden.

Erste Therapiephase

Eine Woche später ließ die Klientin den Therapeuten zunächst wieder längere Zeit vor der Wohnungstüre warten, bevor sie ihn mit den Worten hineinließ: „Mit Ihnen habe ich gar nicht gerechnet, ich wollte gerade fortgehen, da haben Sie jetzt aber Glück gehabt. Was wollen Sie überhaupt hier? Ich will doch gar nichts von Ihnen. Was meinen Sie eigentlich, wer Sie sind, Sie Klugscheißer.“

Besonders in der ersten Therapiephase (bis zur 7. Stunde; s. u.) musste der Therapeut von Frau K. einiges einstecken. Auch in späteren Phasen der Therapie fühlte er sich manchmal durch seine Klientin verletzt. Dennoch fand der Therapeut die unglückliche Frau von Anfang an auf eine Art sympathisch. Die Ausdrucksweise der Klientin klang für „Mittelschichtsohren“ vielleicht etwas derbe, doch das war offenbar ihre Art sich auszudrücken, und sie war zumindest offen und ehrlich, sagte jeweils direkt heraus, was sie dachte ohne Rücksicht auf mögliche Verluste.

In den ersten Stunden sprach Frau K. mit einer eher monotonen Stimme. Sie wurde in ihrer „Erzählung“ vom Therapeuten mühsam unterstützt. Die Klientin sagte in einem für den Therapeuten manchmal noch schwer verständlichen Soziolekt, dass sie mit niemandem mehr etwas zu tun haben wolle, schon gar nicht mehr mit ihren Kindern und früheren Bekannten. Die für den Psychotherapeuten (mitunter auch körperlich) spürbaren seelischen Schmerzen, ihre tiefe Enttäuschung, manchmal fast schon Verzweiflung, verbalisierte sie in keiner Weise. Anregungen zur Verbalisierung wies sie zurück, und insbesondere für die vorschnelle Frage, ob sie ihren seelischen Schmerz auch körperlich spüre, hatte sie wenig übrig. Die Klientin wirkte niedergeschlagen und trübsinnig, oft mürrisch, bitter, ja manchmal auch verächtlich und feindselig. Die Grundstimmung war aber Niedergeschlagenheit und vordergründig Ergebenheit in das eigene Schicksal.

Die Klientin wollte eigentlich einfach in Ruhe gelassen werden und endlich Ruhe finden. Mehr wollte sie ursprünglich gar nicht, und der Therapeut kam sich auch bei diesem zweiten Besuch noch als Eindringling vor; er wollte sich schon bei der Klientin entschuldigen und sich am Ende der Stunde endgültig von ihr verabschieden, als diese sich plötzlich nach einem neuen Termin erkundigte.

In den nächsten fünf Therapiestunden wurden von der Klientin folgende Themen angesprochen:

- Ehe
- Kinder
- Enkel
- Scheidung

- Pflege des Mannes
- Frühere Arbeit (Gießerei, Wäscherei)
- Kündigung und bevorstehender Umzug

Zunächst kamen die Gespräche nur stockend voran. Der Therapeut hatte nach wie vor das Gefühl, manchmal Fragen stellen zu müssen. Er fürchtete, dass es nicht weiter gehe und Frau K. den Kontakt abbrechen würde, denn in der dritten Stunde sagte die Klientin nach einer längeren Gesprächspause: „Es hat doch alles keinen Zweck, hören wir doch endlich auf damit.“

Der Therapeut „hörte“ dann diesen Satz immer wieder, wenn gleich ihn die Klientin später nur noch einmal wiederholte. Er entschloss sich, vorerst so gut wie möglich i. S. des frühen Rogers (1942/1985) vorzugehen und sich auf die verbalen Äußerungen der Klientin zu zentrieren, wenn möglich auf die wenigen mit Gefühlston, was jedoch oft sehr schwierig war und nicht immer gelang. Die Vornahme genauer Wiedergaben ist zwar strukturell einfach, doch in der Durchführung sehr anspruchsvoll und in der Praxis für viele Therapeuten wohl selten oder vielmehr kaum je in der Perfektion realisierbar, wie dies Rogers im Gespräch mit Gloria demonstriert hat (Näheres in Klein & Galliker, 2007). Immerhin sprach die Klientin mit der Zeit etwas fließender; hin und wieder erzählte sie auch schon von Ereignissen, nach denen der Therapeut sich nicht einmal erkundigt hatte. Die Pausen wurden von Stunde zu Stunde seltener und auch etwas kürzer.

Während der ersten Therapiephase (sie dauerte bis zum Umzug der Klientin nach der 7. Therapiestunde) *erschloss* sich dem Therapeuten ein innerer Bezugsrahmen, der von Verlust, Resignation, Ressentiments, Schutz vor feindseligen Menschen, Eigenständigkeit sowie Erklärbarkeit der Einsamkeit geprägt war (allerdings wurde dieser Bezugsrahmen noch keineswegs von der Klientin selbst i. e. S. persönlich eröffnet). Weder von der Klientin noch vom Therapeuten wurden Probleme (z. B. Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, Einsamkeit) angesprochen oder gar Gefühle (z. B. Hass) zu verbalisieren versucht. Die Klientin wirkte dadurch manchmal rigide. Befriedigungsmöglichkeiten schienen deutlich eingeschränkt zu sein. Einmal erzählte sie von einem „Ausraster“. Doch der Hintergrund all ihrer Beiträge war eine immense Einsamkeit und scheinbare Machtlosigkeit derselben gegenüber. Der Therapeut beschränkte sich in seinem Vorgehen im Wesentlichen darauf, ihrer Resignation behutsam eine Stimme zu geben.

Die Beziehung zwischen Klientin und Therapeut blieb aber distanziert. Die Klientin versprach sich offenbar nicht viel von dieser „Gesprächspsychotherapie“. Aber sie sprach mit diesem Therapeuten (allerdings recht vordergründig und vielleicht auch nur, weil er jede Woche doch etwas Abwechslung in ihr Leben brachte). Der Therapeut fühlte sich jeweils vor und noch einige Zeit nach der Begrüßung beklommen. Während der Therapiestunde löste sich jedoch dieses Gefühl allmählich auf, am Ende der Stunde war der Therapeut meistens lockerer. Und er ging immer wieder gern zur

Klientin; warum, konnte er selbst nicht richtig verstehen. Sie hatte für ihn von Anfang an neben allem Abweisenden etwas Anziehendes an sich; genau wusste er aber nicht, was das war. Vielleicht war es auch nur so eine diffuse Erwartung, die er als wohltuend empfand.

Der Therapeut sprach während der ganzen Therapie von sich aus das Alkohol- und Nikotinproblem von Frau K. *nie* an. Auch die Klientin kam selten darauf zu sprechen. Dies war erstmals gegen Ende der ersten Therapiephase der Fall. Aus dem folgenden Gesprächsausschnitt³ geht hervor, dass die Klientin nach dem Tod ihres Mannes zu rauchen angefangen hatte.

Gesprächsausschnitt (7. Stunde)

K23: *Der Doktor hat mich abgehört wegen dem Husten und gsagt, dass es nicht gut aussieht. Sie kriegens auf der Lung. Der war bös dieser, dieser -Arzt.*

T24: *Der hat geschimpft mit Ihnen?*

K24: *Der hat gesagt, seit Ihr Ehemann gestorben ist, sind Sie anders geworden.*

T25: *Eben, also zum Beispiel zu rauchen haben Sie begonnen.*

K26: *Ah joo*

T26: *Also mit dem Tod Ihres Mannes haben Sie zu rauchen begonnen. Fast, fast – ah – ein paar Tage später.*

K27: *Ja -- ... und seitdem habe ich zu rauchen begonnen ... es wären ... am 23. (Monat) wären es fünf Joohr – ah.*

T27: *Kann ich sagen, dass er Ihnen fehlt, oder, der Mann?*

K28: *Manchmal sowieso –. Was ist manchmal?*

T28: *Manchmal*

K29: *Manchmal ja, die meiste Zeit ja, ich mache manchmal den Radio nicht an, weil er hat ja auch viel Musik gemacht.*

T29: *Ja, selber gespielt.*

K30: *Hat selber Musik gespielt, joo. Und wenn bei einem Sender Musik kommt, mit Schlager, da – da drück ich gleich um.*

T30: *Ah so, dann hören Sie das oder*

K31: *Ah joo – nei. Ich drück um, wenn die Schlager kommen.*

T31: *Die haben Sie nicht gern oder ... was hat*

K32: *Ich kann die Lieder nicht hören.*

T32: *Was hat er denn gespielt?*

K33: *Mein Mann?*

T33: *Ja.*

K34: *Der hat Ziehharmonika gespielt.*

T34: *Ja, wel*

K35: *und Schlagzeug.*

T35: *Ja – welche Musik hat er gemacht? Auch Schlager?*

K36: *Ah joo, der hat alles gespielt.*

T36: *Schlager zum Tanzen?*

K37: *Ah joo.*

T37: *Ja.*

K38: *Die Zeiten sind halt vorbei. ...*

T38: *Das haben Sie halt ah – jetzt akzeptiert, aber es ist leer, leerer, seit er nicht mehr da ist, oder?*

K39: *Ja, es ist ruhig, es ist still. (Th: Ja) Die Kinder kommen nicht mehr. ... Was will I do sagen? Was will ich machen?*

T39: *[Räuspern] Kommen sie nicht mehr, die Kinder?*

K40: *-- Die werden kommen, wenn ich in einer anderen Wohnung bin. Ich krieg ja eine andere Wohnung – durch den Herrn D.*

T40: *Und da kommen dann die Kinder. Da, da glauben Sie, dass die Kinder kommen.*

K41: *Die kommen dann, das weiß ich.*

T41: *Kommen sie hierhin nicht wegen der Wohnung?*

K42: *Ja.*

T42: *Was sagen sie denn zur Wohnung?*

K43: *Gar nichts. Zu der Wohnung nichts. Aber man kann da nicht sitzen.*

T44: *Man könne nicht sitzen hier.*

K45: *Die können nicht sitzen.*

T45: *In der neuen Wohnung hat es vielleicht mehr Platz [unsicher]?*

K46: *Mmh.*

T46: *Und wo wohnen die Kinder? Hier in der Nähe? Oder in der Nähe der neuen Wohnung?*

K47: *Nee ... die – G. wohnt drin in der Stadt. Und der H. der wohnt in Dings in, in – was weiß I wie das Kaff heißt ... I glaube – Feigele (Feidene) oder Ivese (Ilvese) oder was das isch.*

T47: *Aber in der Nähe von M. (Stadt)?*

K48: *Jaja. (Th: Mmh) Und die R. wohnt nicht weit von do weg (Th: Ja). Also die hat also a mol agrufe--*

T48: *Aber sie die R. kommt auch nicht hierhin –. Ja nur, weil es keinen Platz hat – oder äh?*

K49: *Nee – weil, weil ihnen der Papa gestorben ist.*

T49: *Weil der Vater gestorben ist?*

K50: *Ah joo.*

T50: *Sie sind vorher wegen dem Vater gekommen -- vor allem?*

K51: *Ah ja, die sind wegen uns allen zwei (sehr betont) gekommen. Aber denen geht es halt nicht in den Kopf rein, dass der nicht mehr do sitzt – nicht?*

T51: *Das geht ihnen nicht ... Sie können das nicht akzeptieren?*

K52: *Nee.*

T52: *Sie wollen quasi Sie nur zusammen – mit dem – ähm – Mann sehen?*

K53: *Ah joo. -- (sehr lange Pause) Sollen sie halt draußen bleiben. ... Ich hab ihnen gesagt bleib fort ... aber – Herr D. gesagt, wie er do war, die vorige Woche, ich habe eine Wohnung – mal sehen.*

T53: *Das wäre schön*

K54: *Ja.*

T54: *Und Ihnen macht es nichts aus, da (von N.) weg zu gehen?*

3 Um einen Eindruck vom Soziolekt der Klientin zu geben und dennoch die Lesbarkeit zu erhöhen, wurde bei den folgenden Dialogausschnitten jeweils eine teilweise Annäherung der aufgenommenen Sprache an die Schriftsprache vorgenommen (z. B. „gworden“ für „geworden“). Legende: Kurze (–), längere (––) Pause; betont; (Bemerkungen zum Dialoginhalt); [Paralinguales/Nonverbal]; ... unverständlich.

K55: *Nee – ganz im Gegenteil.*

T55: *Sie sind froh, wenn Sie weggehen?*

K56: *Ich bin froh, wenn ich aus dem Haus komme.*

T56: *Ja, Sie haben mir ja erzählt, da wegen der – Vermieterin und wegen dem Mann da drüben, wegen dem Putzen haben Sie mir erzählt vor einer Woche (K: bestätigendes Geräusch). Da sind Sie froh, wenn Sie wegkommen.*

K57: *Ha joo. Aber mit der habe ich sowieso wieder Krach ghabt.*

Frau K. war im Alltag Affekten ausgeliefert, die sie in der Therapie noch nicht richtig zeigte oder gar zu verbalisieren vermochte. Die Klientin sprach über weite Strecken monoton und machte einen deprimierten, meistens resignierten Eindruck. Alternativ zu einer manchmal doch aufscheinenden diffusen Erregung existierten dann wieder länger dauernde Zustände emotionaler Unbelebtheit. Was steckte hinter ihrer Deprimiertheit und Verbitterung, was drückte ihre Depression aus? Manchmal wirkte die Stimme der Klientin auf den Therapeuten wie durch etwas Vergangenes oder Gegenwärtiges beleidigt; manchmal klang durch die meistens eher düstere Stimmung hindurch auch ganz leise Sehnsucht. Ansonsten gelangten kaum Emotionen an die Oberfläche des Gesprächs, und allenfalls vorhandene „innere Zustände“ oder Erfahrungen wurden schon gar nicht als Gefühle ausformuliert.

In dieser ersten Therapiephase vermochte sich Frau K. auch noch kaum auf ihre Klientenrolle einzulassen. Sie erlebte dieselbe eher als Zumutung und konnte möglicherweise hilfreiche und/oder wohlthuende Seiten des psychotherapeutischen Angebots kaum wahrnehmen oder gar nutzen. Der Therapeut hatte den Eindruck, dass es der Klientin eigentlich gleichgültig war, mit wem sie sprach, brachte sie doch kaum je zum Ausdruck, dass sie die Präsenz des Therapeuten nun akzeptierte oder dass sie die Gespräche sogar fortan wirklich wollte. Die Klientin beantwortete die Fragen des Therapeuten meistens nur kurz, nicht ohne zu verstehen zu geben, dass diese Antworten auch für den Therapeuten eigentlich selbstverständlich sein sollten, was mitunter mit der Qualifikation des ausgedehnten „Ah joo“ zum Ausdruck gebracht wurde; ein „Ah joo“, das der Therapeut allerdings mit der Zeit auch als Bestätigung betrachtete bzw. als erstes Anzeichen von Wohlwollen empfand.

Die Klientin machte sich keine Gedanken darüber, was ihre Äußerungen für andere Personen bedeuten konnten. Sie fand ihre Erfahrungen einfach selbstverständlich, setzte sich kaum mit ihnen auseinander und erwartete auch vom Therapeuten nichts oder jedenfalls nicht viel. Die Klientin wollte möglichst schnell „darüber hinwegkommen“ und sich selbst und andere möglichst wenig damit beschäftigen. Es lag ihr fern, sich auf ihr eigenes Erleben und dessen Bedeutung zu konzentrieren. Beispielsweise schien die Klientin sehr darunter zu leiden, dass die Kinder sie nicht mehr besuchen kamen, doch drückte sie niemals Schmerz aus, ja bestritt denselben und versuchte mehrmals, den reinen Sachverhalt zu erklären

(Art der Wohnung; mangelnde Sitzgelegenheit; andere Wohnung; Tod des Vaters).

In dieser ersten Therapiephase wirkte die Klientin meistens kraftlos, doch gab es auch einige Gesprächssequenzen, die auf Außenstehende sicherlich „irgendwie atemlos“ gewirkt hätten. Die Gespräche kamen zwischenzeitlich immer noch nur mühsam voran. Manchmal war es wie ein vorsichtiges gegenseitiges Abtasten der Gesprächspartner.

Bei der Besprechung des Themas der ausbleibenden Besuche der Kinder folgte der Therapeut einmal dem Wegschauen der Klientin *nicht* (vgl. T52 zu K51), so dass diese plötzlich unwirsch gegenüber den abwesenden Kindern reagierte („Sollen sie halt draußen bleiben. ... Ich hab ihnen gesagt, bleibt fort“). Die Klientin schien sich der Wirkung dieses negativen Appells kaum bewusst zu sein. Sie erzählte fast ausschließlich über äußere Dinge, die zwar gelegentlich auch ein intensiveres Empfinden durchscheinen ließen, doch verortete sie ihre Probleme gänzlich bei anderen Menschen; bei der hier angeführten Gesprächssequenz war dies ausschließlich die Vermieterin, wegen der sie das Haus, in dem sie jahrelang gelebt hatte und das sich in einem Quartier befindet, in dem sie einen großen Teil ihres Lebens verbracht hatte, verlassen musste.

Die Klientin wich dem Therapeuten v. a. dann aus, wenn ihre Verletzungen von diesem tangiert wurden. Beispiel: T50: „Sie (die Kinder) sind vorher wegen dem Vater gekommen – vor allem? K51: Ah ja, die sind wegen uns allen zwei gekommen“. Diese Aussage wurde im Nachhinein mit einer externen Erklärung zwar formal zurückgenommen, aber zugleich inhaltlich legitimiert: „Aber denen geht es halt nicht in den Kopf rein, dass der nicht mehr do sitzt – nicht?“

Im Großen und Ganzen wirkte der Therapeut ruhig und hielt sich eher zurück. Allerdings war er nicht nur vorsichtig und behutsam, sondern auch wachsam, so dass er meistens – keineswegs immer – wie selbstverständlich quasi recht nahe bei dem von der Klientin Dargebotenen blieb. Der Therapeut war sich aber bewusst, dass er bei aller positiven Übertragung vor allem Mitleid mit der Klientin verspürte. Er fühlte sich in seiner Rolle noch nicht so sicher und manchmal recht unwohl oder sogar unbehaglich während dieser ersten Therapiestunden. Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, ja manchmal Selbstaufgabe (wahrscheinlich aber kaum je Suizidalität) der Klientin stimmten ihn trotz aller Abgrenzungsversuche ebenfalls niedergeschlagen und manchmal selbst hoffnungslos. Aber es gab für ihn immer auch wieder Lichtpunkte. Er spürte, dass hinter der Ausdrucksweise der Klientin (manchmal spröde und zuweilen auch kurz angebunden, ja schroff und mit kaum entgegenkommenden Beiträgen) noch einiges verborgen sein könnte (vgl. u. a. oben T27/K28).

In dieser ersten Therapiephase sah sich der Therapeut manchmal wie mit einer Mauer konfrontiert. Doch handelte es sich für ihn um eine natürliche Gartenmauer, die uneben war, Löcher hatte und teilweise mit Moos und Efeu überwachsen war. Im Innern der Mauer schienen sich auch kleinere Tiere aufzuhalten (Lurche, Käfer usw.)

und hinter ihr vermutete er einen wilden Garten mit zahlreichen Blumen, Bäumen und Tieren, ja vielleicht auch wilden Tieren, die größer und vielleicht teilweise auch weniger harmlos waren als jene in der Mauer. Ermöglichten diese Löcher auch einen Durchblick in den Garten? Der Therapeut fragte sich, ob er hier überhaupt durchblicken durfte. Würde er damit nicht das doch mühsam erkämpfte und noch immer sehr bedingte Vertrauen wieder verspielen? Und weiter: Würde er durch seine Konzentration auf bestimmte Stellen in der Mauer das Elend schlimmstenfalls nur noch verstärken?

Eine außenstehende Person gewinnt nach dieser ersten Therapiephase sicherlich den Eindruck, dass hier zwei Menschen aus zwei ganz verschiedenen Welten aufeinandergestoßen sind und eine entsprechende Spannung besteht. Bildlich gesprochen streckte der Therapeut zu Beginn der Therapie zwar erwartungsvoll seine Arme in Richtung Klientin aus, doch vermochte er sie nicht zu erreichen, denn sie zeigte ihm ihre kalte Schulter, nahm manchmal die Ellbogen zu Hilfe und versuchte auch, dem Therapeuten auszuweichen. Offensichtlich kam noch keine richtige Beziehung zustande, obwohl der Therapeut und sicherlich auch schon manchmal die Klientin sich bemühten, dem jeweiligen Gegenüber trotz allem zu begegnen.

Mittlere Therapiephase

Der Umzug in die neue Wohnung bedeutete die Zäsur zur zweiten Therapiephase (8. bis 20. Sitzung). Diese zweite Phase dauerte von der ersten Stunde am neuen Wohnort bis zur Zeit, als sich die Klientin einigermaßen an die neue Wohnsituation eingewöhnt hatte und schließlich die Gegenstände (u. a. Möbel), die in der neuen Einzimmerwohnung mit Kochecke und Bad („betreutes Wohnen“) keinen Platz fanden, im Keller unterbringen konnte.

Von Anfang dieser Eingewöhnungsphase an äußerte sich die Klientin sehr negativ über ihre neue Wohnsituation. Erstens handle es sich nicht wie von Herrn D. versprochen um eine eigentliche Wohnung, sondern nur um ein Zimmer mit einer Kochecke und einem kleinen Bad und zweitens sei ihr der neue Stadtteil fremd, so dass sie sich nicht weit von ihrem neuen Lebensort entfernen könne, ohne sich zu verirren. Es sei nicht das in Aussicht gestellte „alte Heimatquartier“, sondern eine Neubausiedlung, die sie zuvor nie gesehen habe und mit der sie nichts anfangen könne. Frau K. fand ihre neue Wohnnachbarin und auch die anderen Bewohnerinnen des Hauses überhaupt nicht wie angekündigt freundlich, sondern hochnäsiger und kaum erträglich. Sie würde von ihnen beobachtet und negativ eingeschätzt. Zufällig sei es ihr sogar möglich gewesen, ein Telefongespräch mitzuhören, in dem ihre alte Vermieterin sie bei den Leuten im neuen Haus schlecht gemacht hätte. Offenbar fühlte sich die Klientin durch diese Frau nach wie vor bedroht und von allen anderen Personen abgelehnt.

Die Klientin vermisste ihre alte, relativ geräumige Wohnung. Die meisten persönlichen Dinge, die sie beim Umzug mitgenommen

hatte (u. a. Möbelstücke, Bilder), konnte sie am neuen Ort gar nicht unterbringen. Wochenlang ließ sie dieselben in ihrem Zimmer herumliegen – teilweise vielleicht auch als Ausdruck dafür, dass sie in ihrem „neuen Zuhause“ noch nicht richtig angekommen war. Erst Wochen später konnten die Gegenstände, die in ihrem Appartement keinen Platz fanden, von einer Helferin im Keller untergebracht werden. Gleichwohl schien die Klientin ihren Umzug nicht wirklich zu bereuen, bekräftigte sie doch mehrmals, dass sie es am alten Ort mit dieser Vermieterin einfach nicht länger ausgehalten hätte und nun „halt etwas Neues“ auf sie zukomme, dem sie nicht mehr gewachsen wäre.

Im Übrigen hatte die Klientin Probleme, ihr emotionales Befinden zu repräsentieren und kognitiv zu verarbeiten. So erzählte sie von ihrem verstorbenen Ex-Ehemann, dessen Bild sie in der neuen Wohnung wider Erwarten wieder aufgehängt hatte (im alten Wohnzimmer hing kein Bild ihres Mannes an der Wand), bei der einen Gelegenheit ausgesprochen positiv und bei der anderen Gelegenheit wieder sehr negativ, ohne sich dieser Ambivalenz je bewusst zu werden und sie zu verbalisieren.

Zu Beginn ihres Aufenthaltes am neuen Wohnort ging Frau K. noch in den gemeinsamen Aufenthaltsraum der Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses. Bei ihrem dritten Besuch geschah jedoch einem älteren Herrn ein Missgeschick: Er schüttete ein Glas Cola über ihr Kleid aus, worauf die Klientin ihn als „Sau“ bezeichnete. Einer Mitbewohnerin des Hauses sei dieses Schimpfwort in den falschen Hals gekommen. Diese Frau mache sie jetzt bei jeder Gelegenheit bei den anderen Bewohnern des Hauses schlecht, beispielsweise indem sie von ihr als „Säuferin“ rede. Der Mann selber hätte aber ihren Ausruf als gar nicht so schlimm empfunden, jedenfalls stellte er sich einige Tage später bei einer Begegnung im Treppenhaus selber schalkhaft als „Herr Sau“ vor.

Frau K. erzählte dieses Erlebnis mit ernster Stimme. Ihre Fähigkeit, sich i. S. des OPD-2 mithilfe guter innerer Objekte zu regulieren, schien noch ebenso eingeschränkt zu sein wie ihre Kompetenz, auf äußere Hilfe angemessen einzugehen (als die Klientin einige Wochen später auf diese Episode zurückkam, lächelte sie ein wenig verlegen und bei einer Wiederholung gegen Ende der Therapie konnte sie darüber lachen). Fortan schaute sie zwar etwas mehr auf sich selber als dies früher der Fall war, doch waren die Beziehungen zu anderen Personen nach wie vor durch gegenseitige Abwendung und Ablehnung geprägt.

Während der Zeit der zweiten Therapiephase ging die Klientin kaum mehr aus ihrem Zimmer, um sich im Haus umzuschauen. Das Gebäude verließ sie nur noch, um in einem nahen Laden Zigaretten und Bier zu holen. Ansonsten schien ihr der neue Stadtteil zu unübersichtlich und zu gefährlich. Wenn sie weiter als zum Laden ging, befürchtete sie, dass sie nicht mehr zu ihrem neuen Wohnort zurückfinden würde; also unterließ sie nun solche „Ausflüge“ (einmal musste sie tatsächlich von einem „netten Herrn“ zurückgebracht werden, den sie dann aber an der Haustür ziemlich unwirsch „abfertigte“).

In den Therapiestunden der Eingewöhnungsphase begann sich die Klientin darüber zu beklagen, dass ihr fast nichts mehr Freude bereitere. „Vielleicht mal einen Western im Fernsehen schauen“, das hätte auch schon ihr Mann gerne gemacht, oder „mal etwas Gutes essen“ – ;„aber das sei dann auch schon wirklich alles“. Der Klientin schien es schlechter zu gehen als je zuvor. Trotz der misslichen Situation machte Frau K. seit langem wieder einmal eine neue Erfahrung, doch vermochte sie sich zunächst nicht vorzustellen, was dieselbe bedeuten könnte:

Gesprächsausschnitt (12. Stunde)

K49: *Da hab Ich auch schon rumgegruschelt. – Ich weiß nicht, was mit mir los is. – Ich kas nicht saage. – Ich stelle mei Sach von einem Platz zu dem andere hie.*

T49: *Ah, Sie räumen immer um.*

K50: *Ja, ich räume immer um.*

T50: *Und das ist – das ist (K: was Neues für) – das ist wie eine neue Erfahrung.*

K51: *Ah joo.*

T51: *Das haben Sie nicht gehabt?*

K52: *Ne nee, in N. (anderer Stadtteil) da hab ich und die andere Hälfte von meinem Schrank, die steht jetzt unten im Keller ... Jetzt steht alles in dem Schrank drin.*

T52: *In N. da war alles – hatte alles seinen Platz irgendwie.*

K53: *Hatte alles seinen Platz.*

T53: *Und hier wissen Sie noch nicht ... da räumen Sie immer hin und her.*

K54: *Ha joo --. Da geh ich do hin, dann geh ich zum Schrank, dann mache ich den Schrank wieder ah – dann mache ich den Schrank wieder zu ... [unduldsam aufzählend]. Dann gehe ich wieder hin und hol noch was ... würde sagen, du hast einen Vogel.*

T54: *Sagen Sie etwas zu sich selber? -- Das ehm – der Vogel heißt, dass Sie spinnen, oder? [lacht]*

K55: *Ah joo. – An manchen Tagen komme ich mir vor wie e Dabeti (komme ich mir vor wie bedepert).*

T55: *[Räuspern] Das ist irgendwie eine neue Erfahrung. Es ist einfach, weil es noch nicht alles so*

K56: *Ja, das ... [schnell] ich bin noch nicht richtig eingewöhnt.*

T56: *Ja genau. Sie sind noch nicht so eingewöhnt.*

K57: *Ich bin noch nicht richtig eingewöhnt. [bestätigend]*

T57: *Dann probieren Sie verschiedene Sachen aus.*

K58: *Ah joo. -- Da habe ich ein Bad. Da habe ich einen Berg voll Wäsch. Oh, das muss ich heut auch noch wäsche. Wenn do der Herr D. käänte und würde reingucken, der kriegte einen Herzinfarkt ... Ah ja – das gäbe zwei Maschinen voll.*

T58: *Also der würde das schauen, der Herr D., ob Sie die Wäsche machen?*

K59: *der hat kürzlich die Türe aufgemacht im Bad und hinein geguckt. Aber da habe ich kei dreckige Wäsch hier do ghabt.*

T59: *Also der ist auch schauen gegangen, wie das (K: Ja) aussieht.*

K60: *Ja -- also nicht so als Kontrolle, nei. Der hat halt wissen wolle, – ob ich überhaupt baden tu.*

T60: *Ja, – also nicht, ob Sie da – Ordnung haben oder nicht Ordnung. Es ging nicht um das, sondern*

K61: *Nee –*

T61: *ob Sie sich schon da einigermaßen eingewöhnt haben. (K: ja, aber) ob Sie was brauchen.*

K62: *Ja, ich kann mich schlecht eingewöhnen – doo, ich weiß es auch nicht – Hät der (Herr D.) mich auf die alte S. (alter Kern des Stadtteils, in dem die Klientin früher lebte) getu [vorwurfsvoll], wärs anders da [leicht empört] ...*

T62: *Ja (-) es hätte Ihnen besser gefallen.*

K63: *Do hat mei Tante gewohnt – und meine Kusine wohnt noch dort. Und derer Mann. Die wohne alle noch dort. (Th: hm) ... na.*

T63: *Aber Sie haben ähm – keine Adressen, haben Sie mir gesagt und keine Telefonnummer.*

K64: *Ich wess zwar – wo ich hin muss. Aber ich habe mit dere [abschätzig, ja verächtlich] kein Kontakt mehr.*

T64: *Ja, schon vorher nicht mehr.*

K65: *Den hab ich nicht, den habe ich schon an der (Name) Stros schon abbroche.*

T65: *Ja – Sie, Sie haben den abgebrochen.*

K66: *[plötzlich laut und empört] Die hat mit meinem Mann rumgemacht –*

T66: *Sie haben – nichts mehr mit ihr zu tun haben wollen, ja.*

K67: *Nei -- ... hat ein olle Schaaf ...*

T67: *Sie hat Sie verletzt, oder?*

K68: *-- [sich überwindend] Ah ja -- sie hat mal gesagt, wenn ich den will, krieg ich ihn sowieso (Th: Hat sie gesagt?) Ha joo -- Dann hab ich gesagt, dann lass dich jo nicht auf der Stros blicke – [wütend] hab ich gesagt, ich schlage dich in den Bordstein rein.*

T68: *Ah, sie, sie hat Ihnen gesagt, ja – deinen Mann könnte ich jederzeit haben?*

K69: *Ja, wenn ich ihn will, – krieg ich ihn – hat sie gesagt -- (Th: Ja) ... hart zu mir. -- Die ist nicht sauber im Kopf ...*

Die Klientin zeigte in dieser zweiten Therapiephase offensichtlich mehr Kraft als in der ersten. Stellenweise vermochte sie Emotionen ansatzweise zu verbalisieren und sei es nur hinsichtlich der Verhaltensebene i. S. von PK 3 (K62: „Ja, ich kann mich schlecht eingewöhnen“), wobei sie in dieser Hinsicht gewissermaßen bereits zu sich selbst kam und schon authentisch war, doch konnte die Klientin ihre konflikthafter Befürchtungen und Bedürfnisse noch nicht verbalisieren und womöglich auch noch nicht verbal austragen (z. B. Eifersucht), sondern sie ließ dieselben direkt in ihr Verhalten einfließen, indem sie agierte (K68: „Dann (..) hab ich gesagt, ich schlag dich in den Bordstein rein“). Offenbar kam dann für den Therapeuten diese massive Aggression in der Therapiestunde so plötzlich, dass er an dieser Stelle nicht direkt auf sie eingehen konnte und auf der Beschreibungsebene des Vorfalls blieb (vgl. erste Therapiephase, in

der die Klientin von ihren Auseinandersetzungen mit anderen Menschen allenfalls *berichtete*)

Der Klientin gelang es nach wie vor nicht, die zu erwartenden Reaktionen zu antizipieren und zur Verhaltenskontrolle einzusetzen, weshalb sich eigene und fremde Interessen auch kaum je ausgleichen konnten (z. B. konnte die Klientin auf den auf sie wieder freundlich zugehenden älteren Herrn in dieser Phase der Therapie noch nicht eingehen). Durch heftige, teilweise destruktive Verhaltensweisen wurden die Beziehungen zu anderen Personen massiv belastet und dann auch meistens abrupt abgebrochen. Im Unterschied zu früher verschaffte sich die Klientin ihren Emotionen sowie ihren Erinnerungen jetzt aber auch in der Stunde Luft, *ohne* sie auf den Therapeuten zu übertragen und bei ihm abzuagieren, was zwar auf zunehmendes Vertrauen in die therapeutische Beziehung hinwies, doch schien dies keineswegs ihre Probleme zu vermindern, sondern ganz im Gegenteil zu verschärfen.

Allmählich wurde hinter der Deprimiertheit und Verbitterung der Klientin auch ihre Wut über die erlittenen Verletzungen sichtbar. Früher hätte sie sich beispielsweise niemals zugestanden, dass das Verhalten ihrer Kinder sie sehr verletzte (siehe z. B. Phase 1, K48–53). Diese Gefühle hatte sie quasi „hinuntergeschluckt“ oder „weggedrückt“, so dass sie sich zu einem – vom Therapeuten nun deutlich empfundenen – Knoten verdichteten, der sie den Schmerz, die Trauer, die Scham und die Angst vor Missachtung und Unbeliebtheit sowie vor der Zukunft gar nicht mehr spüren ließ.

Während der Eingewöhnungszeit brachte die Klientin ihren Hass gegenüber ihren eigenen Kindern viel stärker zum Ausdruck als in der ersten Therapiephase. Diese hätten sich nach dem Tod des Vaters nicht um die Bezahlung von dessen Schulden gekümmert. Sie sei von ihnen gezwungen worden, alles selber zu übernehmen. Sie wolle zwar keines ihrer Kinder „verbrennen oder in den Rhein werfen“, aber was die sich seit dem Tod des Vaters geleistet hätten, „das gehe einfach zu weit“. Deshalb habe sie auch schon ein neues Testament geschrieben und dafür gesorgt, dass die Kinder enterbt würden.

Die Klientin war impulsiv und gleichzeitig sehr kränkbar bei Reaktionen auf ihre Impulsivität. Ihre inneren Bilder waren bedrohend, ja verfolgend (so erzählte die Klientin dann auch, dass ihre alte Vermieterin sie bei den Leuten im neuen Haus schlecht gemacht hätte; s. o.). Die Klientin sprach in späteren Sitzungen auch über ihre Ängste als Reaktion auf diese Bedrohungen (im dritten Therapieteil, was jedoch der Kürze halber hier nicht ausgeführt wird). Gemäß OPD waren diese Regungen noch kaum in ihr gebunden, sondern richteten sich direkt nach außen. So zeigten sich auch kaum intrapsychische Konflikte, sondern es dominierten weiterhin die interpersonellen.

Der Therapeut fühlte sich in dieser zweiten Phase manchmal ähnlich wie die Klientin (u. a. ängstlich, gekränkt, ja manchmal sogar etwas verbittert) – meistens veranlasst durch die Klientin, wenngleich er weniger häufig direkt angegriffen wurde. Aus dem manchmal aggressiven Verhalten der Klientin machte er jeweils

keine große Geschichte, nahm einfach nur das entsprechende Gefühl bei sich zur Kenntnis; das heißt, er versuchte zumindest das schroffe, in einigen Fällen ihn auch irritierende verbale Verhalten nicht allzu persönlich zu nehmen. Er fragte sich im Stillen: „Was bedeuten diese teilweise heftigen Reaktionen? Wie kann ich sie verstehen?“ Offenbar erlaubten es die Bindungserfahrungen der Klientin noch nicht, einer Beziehung zum Therapeuten zu vertrauen, Ansätze zu einer solchen wahrzunehmen und ungebrochen zu akzeptieren. Dieses Verständnis mag dazu beigetragen haben, dass der Therapeut kaum Akzeptanzprobleme hatte (Höger, 2008).

Zwar erwiderte der Therapeut der Klientin in einigen wenigen Fällen, dass „er so etwas“ nicht so gerne höre, dass das ihm schon nicht ganz egal wäre oder so ähnlich, jeweils der Situation entsprechend, doch geschah dies nebenbei eher wie selbstverständlich als zaghaft, was die Klientin ihrerseits zu akzeptieren schien. Das ermöglichte dann dem Therapeuten wiederum, auch weiterhin auf das von der Klientin Vorgebrachte einzugehen und sie von ihrem inneren Bezugssystem her, das sich inzwischen v. a. hinsichtlich verschiedener Ärger-Dimensionen ausdifferenziert hatte, zu verstehen. Dabei achtete er darauf, dass die von der Klientin meistens schon nach kurzer Zeit unterbrochene Selbstexploration immer wieder aufgenommen und fortgesetzt wurde. So konnte es der Therapeut anscheinend kaum erwarten, dass Frau K. auch zu einer gewissen Selbstrepräsentation gelangte (z. B. Th54: „Sagen Sie etwas zu sich selber?“), vermeinte er doch zu spüren, dass sich bei der Klientin etwas verändert hatte.

Vielleicht wichtiger als das beharrliche Ansinnen des Therapeuten, die kleinsten Anzeichen einer Selbstexploration aufzunehmen oder sogar von sich aus naheulegen und beim meistens schnell einsetzenden Abbruch – wann und wo immer möglich – eine Wiederaufnahme zu ermöglichen, war der natürliche oder vielmehr fast schon naive Bezug zu den (oft aggressiven) Verhaltensweisen der Klientin. So bestand nicht weiterhin die Gefahr, dass die Klientin sich selber ernsthaft pathologisierte, so wie dies zu Beginn der Therapie vor dem Hintergrund der erfolgten Diagnose noch zumindest implizit der Fall gewesen war (z. B. die Art, wie die Klientin vom Psychiater erzählte). Allerdings versuchte der Therapeut manchmal – wie bereits angedeutet (s. o.) – der Klientin auch Grenzen zu setzen, wenn die Aggressionen ihn selber betrafen und es ihm doch etwas zuviel wurde, ohne allerdings die Grundhaltung der Wiederholung mit der Hoffnung auf die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte je zu verlassen. Die Begrenzung geschah i. d. R. ohne Aufhebens und so wohlwollend, wie für ihn gerade möglich („Wenn Sie so was sagen, möchte ich am liebsten reagieren, aber würde das etwas bringen?). Später wird der Therapeut sogar glauben, dass diese „Auffangäußerungen“ den Fortgang der Therapie ermöglichten und schließlich zu einer „Wende“ führten.

Gegen Ende der Eingewöhnungszeit schien die Klientin ihren Umzug gar nicht mehr zu bereuen, bekräftigte sie doch mehrmals, dass sie es am alten Ort mit dieser Vermieterin einfach nicht länger

ausgehalten hätte und nun „halt etwas Neues“ auf sie zukomme und sie auch schon neue Erlebnisse gehabt habe, von denen sie aber nicht sagen könne, was das sei, wobei sie durchblicken ließ, dass es sich bei diesen Erfahrungen nicht einfach wie früher nur um erlebte „Unruhe“, „Unordnung“ und „Umordnung“ (bzw. Desorientierung) handeln könne (s.o.). Frau K. wusste aber noch nicht, was sie mit den neuen Erfahrungen anfangen sollte. Jedenfalls konnte sie dieselben noch nicht richtig als emotionale Erfahrungsinhalte verbalisieren. Frau K. vermochte sie aber im Gespräch mehr oder weniger spontan „nachzumachen“ bzw. präverbal auszudrücken. Beispielsweise wurde dies bei einer erneuten Schilderung der Erfahrung des beständigen Umordnens deutlich:

Gesprächsausschnitt (20. Stunde)

K34 Langsam gewöhn ich mich dran.

T34 Das heißt, ein bisschen äh besser fühlen Sie sich schon als am Anfang, seh ich das richtig? Am Anfang hat's ja Ihnen hier überhaupt nicht gefallen.

K35 Ah ja, ein bisschen besser ist es schon, aber es ist – es ist ...

T35 Sie denken doch an die alte Wohnung.

K36 Ha ja – ich tu do – das eine tu do ich ins andere Ecke, vom andere Eck wieder so hie – ohoohohoho (macht entsprechendes Geräusch).

T36 Es ist so wie ein ewiger Umlauf.

K37 Ha joo (lacht).

Bei der früheren Präsentation dieses Vorgangs gelangte die Klientin noch nicht zur Imitation des Geräusches (vgl. oben, 12. Stunde, K54). Die Klientin hatte schon damals gemerkt, dass etwas nicht mehr stimmte und sie nicht mehr einfach so weitergehen konnte wie früher, doch nun begann sich die durch die Psychiatrie psychopathologisch geprägte Verdinglichung gleichsam aufzuweichen und – zunächst präverbal – zu verflüssigen.

Die Klientin ließ nun auch den Therapeuten zwischenzeitlich näher als bisher an sich herankommen, worauf dieser unmittelbar reagierte. Das Engagement des Therapeuten zeigte sich beispielsweise darin, dass er die durch die Äußerungen der Klientin zum Vorschein kommenden, aber von ihr als solche noch nicht selber zum Ausdruck gebrachten Emotionen *an Stelle* der Klientin verbalisierte (siehe weiter oben Th67: „Sie hat sie verletzt, oder?“), obgleich er gerade dies nicht intendierte.

Oft bewegte sich der Therapeut in der mittleren Therapiephase gleichsam mit der Klientin zusammen im Labyrinth derselben. Manchmal trafen sie sich, waren dann quasi recht nahe zusammen, um dann wieder ziemlich weit auseinanderzugehen. Oft waren sie im Labyrinth der Klientin miteinander eine Zeitlang wie eingeschlossen; dann eröffneten sich aber doch wieder Ausgangsmöglichkeiten, die aber nur vorübergehend genutzt werden konnten. Die meiste Zeit grenzten sich Therapeut und Klientin gemeinsam vom ebenso gefährlichen wie diffusen Dschungel der Außenwelt ab. Das

Labyrinth war sozusagen ein innerer Bezugsrahmen, der – bei allem Chaos und aller Unübersichtlichkeit – auch einen gewissen Schutz nach außen bot. Doch manchmal kamen die beiden Gesprächspartner auch einander so nahe, dass die Gefahr bestand, dass es eigentlich zu eng wurde, so dass sie sich wieder schnell voneinander entfernten. Die Klientin tat dies einmal auch recht unverfroren, was den Therapeuten verletzte und es ihn auch viel Kraft kostete, bis die Beziehung wiederum neu aufgenommen werden konnte.

Letzter Therapieabschnitt

Die Klientin gewöhnte sich schließlich an die neue Wohnsituation. Auf keinen Fall wollte sie wieder umziehen. Einen alten Baum könne man nicht mehrmals verpflanzen, gab sie dem Therapeuten gegenüber zu verstehen. Sie telefonierte inzwischen wieder mit ihrer ältesten Tochter (R.). Auch mit einer langjährigen Freundin (Ch.) hatte sie wieder Kontakt aufgenommen. Zwar hatte sie nach dem ersten Telefonat den Hörer nach einer Kränkung wieder resolut aufgelegt, doch rief Ch. nochmals an und die Klientin reagierte mit „Du kennst mich ja“, worauf beide Frauen lachten. Ch. wird sie nun besuchen kommen. Allerdings sei noch nicht klar, ob die Hausordnung es ihr erlaube, auch ihren Hund mitzubringen.

Im letzten Abschnitt der Therapie (21.–32. Stunde) begann die Klientin Eifersucht, Stolz, Verletzung und Wut *von sich aus* zu verbalisieren, ja manchmal ansatzweise zu explorieren und nicht nur zu agieren wie im zweiten Abschnitt. Auch brachte sie einzelne Affekte und emotionale Befindlichkeiten miteinander in Verbindung. So ließ sie mit der Zeit in ihrer Wut die Reaktion auf seelischen Schmerz durchblicken. Zwar betonte die Klientin noch mehrmals, dass sie ihre Angehörigen in keiner Weise brauche, doch kamen unter ihrer rauen Schale auch weichere Gefühle zum Vorschein. Mit der Zeit konnte auch die Klientin die erlittenen Verletzungen verbalisieren. In der Begegnung mit dem Therapeuten sprach sie schließlich offen und ganz klar aus, dass zu den schlimmsten Verletzungen, die sie in ihrem Leben erlitten hätte, jene gehörten, die ihr von ihren Kinder zugefügt worden seien. Frau K. glaubte, dass die Kinder sie früher am Sonntag nur wegen ihres Vaters besuchten und nach dessen Tod wegblieben, weil sie die Mutter nicht mochten. Doch die Klientin merkte mit der Zeit auch, dass sie dieses Verhalten teilweise selber durch Aussagen wie „Jetzt werdet ihr dann sicher nicht mehr kommen, aber das ist egal, das ist halt so“ oder „Sollen sie halt draußen bleiben“ (s.o., erste Therapiestunden, K53) gefördert hatte.

Hie und da tauchten in den nun manchmal auch längeren Erzählungen der Klientin frühere Erlebnisse auf, von denen der Therapeut bis dahin noch nichts erfahren hatte. So erzählte die Klientin eines Tages plötzlich von ihrer Lehre als Buchbinderin, die sie vor ihrer Arbeit in der Gießerei trotz aller Widerstände durchgestanden und schließlich erfolgreich abgeschlossen hatte. Im Weiteren erinnerte sich die Klientin an schöne Erlebnisse mit ihrem Verlobten

zusammen. In der Folge erzählte sie auch mehr von Herrn E., mit dem sie nach der Scheidung etwa ein Jahr lang zusammengelebt hatte. Die Eifersucht ihres Mannes verwandelte sich nun mehr in ein zweiseitiges Gefühl i. S. von auf der einen Seite erlitten und andererseits aber auch selber provoziert. Schließlich schilderte sie ihre Versöhnung mit ihrer Mutter kurz vor deren Tod – eine Geschichte, die ihr in der Zeit der ersten und zweiten Therapiephase scheinbar nicht mehr präsent war; die jedenfalls für den Therapeuten damals als solche „unvorstellbar“ war und falls sie der Klientin auch schon damals (wieder) präsent war; die sie dem Therapeuten sicherlich nicht erzählt hätte.

Die Klientin ließ nun von Zeit zu Zeit auch die Schilderung kleiner Erlebnisse in das Gespräch einfließen, die ihr Freude bereiteten (ausgiebige Bäder, Friseurbesuche, wieder mal etwas Gutes selber kochen). Auch gegenüber dem Therapeuten war Frau K. viel offener und meistens auch freundlicher als früher. Als dieser einmal 5 Minuten zu spät kam, begrüßte sie ihn mit den Worten: „Gut, dass Sie noch kommen“. In der 24. Stunde erzählte sie von einem Ereignis, das sie besonders freute:

Gesprächsausschnitt (24. Stunde)

K44 *Ich hab am Samstag einen Haufen Besuch gehabt. Ach Gott war ich froh, wie der Besuch wieder fort war. (trocken)*

T44 *Wer ist gekommen?*

K45 *Mei Kinder! (stolz)*

T45 *(sehr erstaunt) Die sind gekommen?*

K46 *Die sind gkommen – ja. (bestätigend)*

T46 *Die sind gekommen! (lacht erfreut)*

K47 *Die sind gkommen, ja -- alle drei mit Kind und Kege.*

T47 *Die waren alle hier? – Nehmen Sie mich auf den Arm? Ich mein, meinen Sie das ernst?*

K48 *Ah joo (lacht lange)– Die Kleinen haben sich hier doch auf den Teppich ghockt und gesse. Die sind überraschend gkommen, die haben sich nicht angemeldet. Das können – müssen Sie mir doch auch glauben.*

T48 *Das glaube ich Ihnen schon -- und das freut mich auch sehr, dass die Kinder jetzt zu Ihnen gekommen sind. – Aber – Sie waren auch überrascht – so wie ich jetzt?*

K49 *Ah joo -- aber zum gute Glück hab ich immer zum Essen do und wir haben miteinandern gesse (stolz).*

T49 *Da haben Sie alle miteinander gegessen – äh – darf ich Sie nochmals fragen, ja-- drei Kinder und – drei mal drei Enkel?*

K50 *Jaa -- ich hab den Tisch ausgezogen. Die haben alle gesse do – war dann froh, als sie wieder fort waren. Ah – bis zum Abend sind die do geblieben. Die sind morgens gkommen. – Aber die sind mir auf den Wecker ggangen! (lacht)*

T50 *Das kann ich mir aber vorstellen (lacht). Nein ehrlich, – aber dann war's doch zuviel für Sie?*

K51 *[längere Pause] Ich hab gemeint, mich laust der Aff ab. Ach Gott hab ich gsagt – Ihr habt Euch verloffte!*

T51 *(lacht)*

K52 *Da haben die angfange zu lachen (lacht jetzt selber).*

T52 *Das war eine große Überraschung – ich kann es auch – immer noch nicht ganz fassen.*

K53 *Ja doch – meine Freundin hat hinterher noch agrufe. Die hat gefragt, haben die wenigsten Blumen mitgebracht? Ich hab gsagt; Nei! Ja soviel Blume will ich gar nicht. Ich habe die ja schon da vorne stehen und hab sie auch da hinne stehen.*

T53 *Ah – die haben nix mitgebracht? -- ich glaube – das war für Sie auch gar nicht so wichtig, oder doch?*

K54 *Nei, das war gar nicht wichtig. Ich wollt auch gar nix. Besser die haben nix mitgebracht.*

T54: *Ah, die haben ja nichts*

K55: *Nee – ich wollte auch gar (Th: Ja) nix. [scheint doch ein wenig enttäuscht zu sein]*

T56: *Manchmal hat man auch viel zu viel.*

K56: *-- Ich habe gesagt, Hauptsache is, ihr seid doo.*

T57: *Ja, genau (wie erleichtert).*

K57: *He – war alles (Th: Ja) Zum guten Glück habe ich Salatgurken doo gehabt und – ich hab Kartoffeln doo. (Th: Gottseidank.) Nudeln doo.*

T58: *Das heißt, Gottseidank seid ihr da, dass das für Sie eigentlich das – das größte Geschenk war (K: Ja), dass sie gekommen (K: Joo) sind ja.*

K58: *Ja. Ich habe nicht gerechnet, dass sie käänte –. Ich habe do gar nicht dra denkt.*

T59: *Und die Stimmung –, wie war die denn?*

K59: *Ah ja [freudig], es hat zu lachen gegeben [lacht leise] net.*

T60: *Hat es zu lachen gegeben?*

K60: *Ah joo. Das is –*

T61: *Da war die Stimmung also gut? [jetzt plötzlich eher skeptisch]*

K61: *[schnell] An und für sich ja [möchte eigentlich nicht darüber sprechen] -- Ja, mir hat die R. gesagt – [dezidiert] do fehlt jetzt bloß noch der Papa –. Hör doch keiner uf, sei mal ruhig von ihm -- lass ihn ganz in Ruh [erregt]. Und dann war das Thema abgeschlossen. [verhalten traurig]*

T62: *Ja, Sie haben gesagt, lass ihn ganz in Ruhe, ja.*

K62: *Ah joo --*

T63: *Aber – sie wollte ja damit auch sagen wahrscheinlich sonst wäre wieder die ganze Familie zusammen, oder, wenn er da wäre*

K63: *Ah joo [bestätigend]*

T64: *So was wollte sie ja ausdrücken – wahrscheinlich ja –. Und sie hat ja gesehen, dass Sie ihn da auch aufgehängt haben.*

K64: *Ehmm -- Die haben alle blöd geguckt – [eine Art verschlucktes Lachen] Aber was soll's? [sich abfindend, fast akzeptierend]. Vorbei ist vorbei und fertig. [Seufzen]*

T65: *[Zuerst etwas zögernd, fasst sich dann aber ein Herz] Ja, mit ihm ist es vorbei – mit der Familie vielleicht jetzt doch nicht.*

K65: *No, noi. [selbstbewusster]*

T66: *Ja, eben.*

K66: Die R. hat wie ... Mama, wir sehen uns wieder in der Stadt.
 T67: [neugierig] Das is – was – ja, wie war das für Sie?
 K67: Ah ja, hab ich gsagt, [leicht zynisch] wers glaubt wird selig!
 [lacht]
 T68: [betroffen] Haben Sie direkt gesagt?
 K68: Hat sie mich aber angeguckt [befreites Lachen] – ja, ja, wers glaubt wird selig –. Aja – die hat zuerst eine Weile suchen müssen (Th: ja) bis sie die Straße gefunden haben – hä. Das is – war ein bisschen kompliziert.
 T69: Sind sie mit dem Auto gekommen? Mit, mit
 K69: Nein, die sind mit mit [stottert leicht] mit der Straßenbahn.
 T70: [unsicher] Alle drei Familien? Es sind drei Familien, oder?
 K70: Ah joo.
 T71: Die haben sich schon vorher getroffen dann?
 K71: Ah joo -- Die haben dann gesagt, ... und heute gehen wir mol zu der Oma. Die Enkelkinder haben das gesaagt [stolz] – ha.
 T72: Was haben die Enkelkinder gesagt?
 K72: [ungeduldig] Heut gehen wir wohl zu der Oma.
 T73: Ja.
 K73 Ha – Ja vor der Tür hab ich sie nicht stehen lassen könne. Das ist nicht gegangen [trocken] (Th: Ja). Aber ich habe ... den Herzschlag, wie ich die alle gesehen hab ... [lacht]
 T74: [freut sich offensichtlich] Da war mal was los hier – [lacht jetzt auch] das kann man wohl sagen.
 K74: [heiter] Ja, die Kleinen haben sich da auf den Teppich gehockt, zum guten Glück habe ich den gsaugt ghabt und geputzt gehabt ein bissl. Und heute muss ich wieder durchputzen, weil der Boden der ist so schnell dreckig und staubig. –. Da bleibt mir gar keine Wahl. – Das is

T75: Und ist alles schon wieder aufgeräumt und so – das haben Sie noch miteinander gemacht oder?
 K75: Jaja. – Da habens geholfen. [einräumend]
 T76: [kurz angebunden, wie das jetzt nicht so wichtig wäre] Das ist schön ja.
 K76: – Ah ja, [energisch] da ist keine Wahl geblieben, alles an mir hängen [scheinbar empört] zu lassen. [lacht herzhaft]
 T77: [erleichtert] Ja, das wäre – das wäre noch schöner gewesen

K77: -- Ich habe gesagt, oh lieeeber Gott, die ganze Bagaaaaage! Hmmm [lustvoll] ist do -- Die Frau do drüben (die Nachbarin, s. o.) hat grad lachen müssen -- (Th: Die Frau da drüben). Die hat lachen müsse, weil ich gsagt habe, die Bagaaage. Die Gooldbagaaage is doo, hab ich gsagt, oh lieeeber Gott, da werd ich verrückt. -- Ah, ja die sind dann bis abends geblieben [stolz] -- ha – aber mein Glück war, ich habe halt ziemlich viel eingekauft.
 T78: [Gesprächspartnerin bestätigend] Es war alles da, was es braucht, ja
 K78: Es war alles do, ja. - Ja, ja, die R. hat dann geholfen

Da habe ich gesagt, soo, hab ich gsagt, jetzt

[wie sich aufraffend] haben wir uns wieder einmal gesehn. [dann entspanntes leichtes Lachen]

Diesen Therapieausschnitt erlebte der Therapeut insgesamt viel leichter und lebhafter als sämtliche Ausschnitte in den vorangegangenen Phasen. Es war jetzt wie mehr Luft zum Atmen vorhanden. Die Klientin sprach überhaupt nicht mehr monoton wie früher, sondern sehr farbig, fröhlich und laut, zuweilen auch affinitiv. Sie vermochte jetzt auch ihre Stimme sowie ihre Stimmung zu differenzieren (vgl. u. a. auch K61).

Der Therapeut brachte sich nun mehr ein und wirkte jetzt stellenweise wie befreit. Das zeigte sich auch daran, dass seine Resonanz nicht eine vorwiegend empathische blieb wie über weite Strecken in der ersten und oft auch noch in der zweiten Therapiephase, sondern dass sie nun manchmal einen dialogischen Charakter annahm (beim obigen Beispiel angefangen mit T47).

In den folgenden Therapiestunden achtete der Therapeut mehr als zuvor auf eine wo immer mögliche gegenseitige Beziehung, so dass sich allmählich ein „echtes Gespräch“ entwickeln konnte. Er schaute, ob es in dem Bezugsrahmen der Klientin, in den er sich immer wieder begab und in dem er sich „aufmachte“, auch für ihn selbst „stimmte“ (i. S. der Kongruenz). Er versuchte mit seinen Wiedergaben eine Bewegung vom Du zum Ich und wieder zum Du zurück zu vollziehen und so auch sich selbst „einzufädeln“, indem er besonders auf das „Zwischen“ achtete (Buber, 1962/2002). Dialogische Resonanz ist Resonanz auf das Erleben beider Personen in einer Beziehung (Schmid, 2008).

Noch in der gleichen Therapiestunde, in der die Klientin über den unerwarteten Besuch der Kinder und Enkel stellenweise auf hoher PK-Stufe (s. o.) sprach, bestätigte sie schließlich auch ihre Freude über deren Besuch. Allerdings wagte zunächst der von der Wende so überraschte Therapeut noch gar nicht zu hoffen, dass die Klientin ihre Freude über den Besuch ihren Angehörigen gegenüber auch verbal ausdrücken konnte (vgl. z. B. oben K67). Deshalb meinte er, sie darauf ansprechen zu müssen; obgleich die Freude offensichtlich war und bis dahin nur nicht als solche von ihr gegenüber dem Therapeuten verbalisiert wurde und möglicherweise auch nicht gegenüber den Kindern und Enkeln ausgedrückt worden war. Hierzu seien aus dem obigen Gespräch die unmittelbar folgenden Interaktionen angeführt:

K79: Was hätt ich auch noch sagen sollen?

T80: – Sie haben – äh – soo -- es kommt mir ein bisschen vor, dass Sie vielleicht nicht so viel von der Freude – Freude oder so ihnen wirklich gezeigt haben, als sie da waren.

K80: Ah doch, ich hab mich schon gefreut.

T81: Ah – sie (die Kinder) haben gemerkt, dass Sie sich gefreut haben.

K81: Ja, ja – sicher.

T82: Hm – Sie haben das ihnen auch gesagt oder eher so ein bisschen

K82 Ah ja.

T83 Bagaaage (lacht).

- K83: *Ah ja -- aber die haben gewusst ...*
T84: *Die wissen*
K85: *Die wissen*
T86 *wie Sie das meinen.*
K86: *Ja, die wissen genau, die wissen, wie ich das meine - die waren nicht böse.*
T87: *Ja - ja - das weiss ich schon ja, ja.*
K87: *Die - jaja.*
T88: *Sie haben aber auch gemerkt, dass - dass Sie Freude haben, ja.*
K88: *(möchte lieber nicht länger darauf eingehen) Ja, der Tag war schnell rum (Th: Mmh). Hat noch eine Freundin angerufen von O. (Ort in der Nähe von M.).*
T89: *Die Ch. hat auch noch angerufen, gestern ja.*
K89: *Ja.*
T90: *Die war ja auch schon zwei-, dreimal da.*

Die Kompetenz zur Kommunikation mit anderen Menschen schien wieder intakt zu sein, wenngleich die Klientin die Freude über das Wiedersehen ihrer Kinder und Enkel zwar sicherlich mit viel Humor, aber gerade dadurch noch nicht so ganz ungehemmt zu verstehen geben konnte.

An einigen Gesprächsstellen kam nun auch ansatzweise die Fähigkeit der Klientin zur internen Kommunikation und zur Selbstreflexion zum Vorschein. Zehn Interaktionen später, im gleichen Gespräch, geht es um die Wiederaufnahme von Beziehungen der lange Zeit vereinsamten Klientin:

- T102: *Sie telefonieren öfters miteinander oder? (mit H., mit der sich Frau K. kürzlich ebenfalls wieder versöhnt hatte).*
K102: *Ja. Wir gön öfter miteinander telefonieren. Ah ja -. Die ... (die Klientin erzählte, dass H., deren Freundin L. im Krankenhaus besucht hatte) war gerade die - L. im Krankenhaus ... Heute am Morgen heim --. Ja- do guckt sie halt denn nach dere*
T103: *Ich glaube, das ist eine Freundin von Ihnen, die H.*
K103: *Ja.*
T104: *Ja.*
K104: *Ja so- sie ist in Ordnung die H. -- aber ich war halt nicht so warm mit dere. Ich meine die L. und ich wir kenne uns schon ewig.*

Nach dem ersten Beitrag (K102) erwartete der Therapeut zunächst für einen Moment noch einen aggressiven Ausdruck gegen L. sowie gegen H. i. S. einer „Eifersuchtsattacke“ (so wie dies in der mittleren Therapiephase der Fall gewesen war), doch sprang sie gleichsam mit einem Satz „in sich“ und sprach von ihrem Gefühl L. gegenüber (K104), was früher nicht möglich gewesen wäre. Für die Klientin bot sich nun die Möglichkeit der Introspektion bezüglich der eigenen Affekte und der inneren Kommunikation. Allerdings war ihre Selbstexploration meistens nur kurz und bündig wie beim obigen Beispiel. Immerhin wies dieser Unterschied zu den mangelnden Explorations-

möglichkeiten zu Beginn der Therapie darauf hin, dass die Klientin in der therapeutischen Beziehung doch eine gewisse Basis für Sicherheit gewonnen hatte (vgl. auch Höger, 2008).

Die Fähigkeit der Klientin, sich selbst i. S. des OPD durch gute innere Bilder zu regulieren, war nun wenigstens ansatzweise gegeben. Meistens reagierte die Klientin nicht mehr einfach nur impulsiv. Es gab nun auch Momente der kurzen Besinnung. Hierzu sei noch ein Beispiel aus demselben Gespräch gleich im Anschluss an obige Gesprächsstelle angeführt:

- T105: *Sie waren auch manchmal zu dritt zusammen.*
K105: *[sinnt längere Zeit nach]. Ah ja --. Ja -, als unsere Manne noch gelebt haben, da waren es andere Zeiten. [seufzt]*
T106: *Manchmal trauern Sie auch diesen Zeiten nach.*
K106: *-- Ah joo -- ach Gott ... dieses Bisschen des werde ich ah no rumbringen.*
T107: *Dieses Stück Leben kriegen Sie auch noch hin, glaube ich.*
K107: *Dees Stücke bring ich auch noch rum [melancholisch]*

Die Klientin sagte diesen letzten Satz nicht trübsinnig klagend, sondern fast schon akzeptierend und wirkte dabei weniger resigniert als in früheren Stunden. In den nächsten Therapiestunden war sie dann manchmal auch richtig traurig und zwar v. a. in den Momenten, in denen sie früher eher zynisch gegenüber anderen Menschen und auch gegenüber sich selbst reagiert hatte. Der folgende Gesprächsausschnitt ist aus der übernächsten Therapiestunde.

Gesprächsausschnitt (26. Stunde)

- K12: *Mei Mann wär bald 72 gworde als er starb. Es war grad an meinem Geburtstag (T: Ja). Hm. De ham do ah gfeiert meinen Geburtstag - Houu houu, hab ich da ein Tief ghabt. Das war so schlimm -- da war ich fertig.*
T13: *Ich spüre, wie traurig Sie das auch jetzt macht.*
K13: *-- Ja - aber was soll ich denn machen, es muss weiter- weitergehen (hustet). Es muss weitergehen. Ich kann es eh nicht ändern.*
T14: *Ja - wie Sie glaube ich auch: gewisse Dinge muss man einfach akzeptieren. Können wir gar nichts dagegen machen. Aber es macht mich auch ganz traurig, wenn ich Sie so traurig sehe.*
K14: *Ah jo, ah jo (beginnt zu weinen). Nei, ich werde diese bissl Zeit auch noch rumbringen.*
T15: *Das glaube ich auch -- aber - jetzt sind Sie ganz traurig.*
K15: *(mit einer abwesenden Handbewegung) Ich kann bloß froh sein - dass ich hier kein Treppenhaus mehr - muss - putzen müssen (lächelt etwas gequält).*

Offensichtlich verleugnete Frau K. nicht mehr ganz ihre Trauer über ihre Verluste und Trennungen (zuerst ihres Ehemannes, später übergehend auch der Kinder und Enkel sowie von Bekannten und Freundinnen), wie dies früher der Fall war. Lange Zeit hielt sie die

Trauer mit ihrer Wut überdeckt. Auch jetzt sprach sie noch nicht gerne über das, was sie so traurig machte.

In einer früheren Therapiestunde glaubte die Klientin, dass sie deshalb über *sich* selber so wütend gewesen war (und nicht nur über andere Menschen), weil sie zu viel trank; nun drückte sie sich wie folgt aus: „Ich trank auch deshalb, weil ich (eigentlich) so traurig war“. Während die Klientin noch vor einigen Wochen nur wiederholte, dass sie Ruhe und mehr Raum benötige, sprach sie nun auch davon, dass sie viel Trost und Liebe brauche.

Über die Mitbewohner (insbesondere ihre Wohnnachbarin) sowie ihre wichtigsten Bezugspersonen (Kinder, Enkel) sprach Frau K. nun um einiges positiver als früher. Die Klientin ging wieder in den gemeinsamen Aufenthaltsraum der Wohnsiedlung. Bald nahm sie die Gelegenheit wahr, ihre Freundin (Ch.) zu besuchen und einige Tage bei ihr zu verbringen.

Die Klientin berichtete fortan die Tagesereignisse meistens in recht heiterer oder lustiger Weise, wobei sie allerdings kaum je ausdrücklich zugestand, dass es ihr nun wirklich besser ginge. Doch manchmal *wirkte* sie auch schon richtig hoffnungsvoll. Der Therapeut folgte dieser Hoffnung und bewunderte – meistens im Stillen – ihren trockenen Humor.

Der Therapeut hielt sich nun aber viel weniger zurück als in den früheren Phasen; getraute sich auch mehr eigene Positionen zu beziehen, die der Klientin nicht unbedingt passten, aber sie gelegentlich zum Nachdenken anregten. Die Gespräche wurden dialogisch. Oft auch eigentliche Rede und Gegenrede, meistens aber freundlich und manchmal fröhlich, nie langweilig, immer unterhaltsam.

Abschluss der Therapie

Die zusammengefügte Struktur der Objektbeziehungen (OPD, 2006) zeigte sich in einer regen Interaktion zwischen Klientin und Therapeut. Das wilde Durcheinander und Ineinander-Verschlungensein der mittleren Therapiephase war überwunden. Die Beziehung nahm nun Gestalt an, ja sie war fast schon eine „runde Einheit“ bei gleichzeitig bestehender gesunder Distanz, in der es immer hin- und herging. Zwischen Klientin und Therapeut hatte sich eine lebendige gegenseitige Beziehung entwickelt, die als solche auch eine Ablösung erlaubte. In inhaltlicher Hinsicht wurde klarer als früher, was Gegenwart und was Vergangenheit war. Die Klientin sprach

viel lebhafter und farbiger als früher. Den Therapeuten verletzte sie seltener als früher und wenn doch einmal, weniger heftig und eher scherzhaft. Giftige Pfeile trafen kaum mehr ein; es erschienen nun mehr Lichtblitze. Dies war immer dann der Fall, wenn sie von ihrer Familie und auch von ihren „neuen Beziehungen“ sprach. Mit ihren Angehörigen, ihren alten Bekannten und Freundinnen hatte sie nun mehr Kontakt. Die Klientin schien den Therapeuten weniger zu benötigen. So schlug der Therapeut vor, die Abstände zwischen den Therapiestunden zu vergrößern. Gegen Ende der 31. Therapiestunde teilte die Klientin dem Therapeuten mit, dass sie ihn nicht mehr brauche. Es wurde noch eine Stunde durchgeführt und die Therapie dann abgeschlossen.

Schlussbemerkungen

Ist eine Therapie mit einer älteren Klientin in einer scheinbar hoffnungslosen Situation möglich? Die vorliegende Falldarstellung ist ein Beispiel dafür, dass die GPT auch mit älteren Personen unterschiedlicher Sprachgruppen und unter ungewöhnlichen externen Bedingungen durchgeführt werden kann, sofern zu Beginn der Therapie vorsichtig vorgegangen wird, der Therapeut die notwendige Geduld aufbringt und mit der Zeit auch präverbale und nonverbale Gesichtspunkte hinsichtlich lebensrelevanter Sachverhalte, des emotionalen Ausdrucks, der Appelle sowie der Beziehung zum Klienten berücksichtigt. Die klassischen Vorstellungen der Prä-Therapie können hinsichtlich prä-expressiver Zustände bei einer Klientel nicht genügen, die zwar Probleme im zwischenmenschlichen und emotionalen Kontakt hat, aber bei der Verbalisierung nicht weiter behindert ist. Im vorliegenden Fall beschränkte sich der Therapeut zu Beginn des Kontaktes auf die Zentrierung der Klientenäußerungen und mit der Zeit wo immer möglich auf Äußerungen emotionalen Gehalts i. S. des klassischen PZA. Erst in der dritten Therapiephase brachte sich der Therapeut selber etwas mehr ein. So konnte allmählich eine Beziehung aufgebaut werden, die auch Momente emotionaler Berührung beinhaltete. Allerdings bestand damit wieder die Gefahr des Sich-zu-nahe-Kommens, welche die Klientin ja von Anfang an und auch in der mittleren Therapiephase ausschließen wollte und vor der sie beim Aufblitzen einer weitergehenden Beziehung erneut zurückschreckte.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). OPD. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Bergeest, H. G. & Rönnecke, B. (1980). Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen. In: H. Petzold & E. Bubolz (Hrsg.). *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Brossi, R. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2007). „Es ist so weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet. *PERSON*, 11 (2), 140–150.
- Buber, M. (1962/2002). *Das dialogische Prinzip*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Höger, D. (2008). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die Gesprächspsychotherapie und die Psychotherapie im Allgemeinen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 150–157.
- Karl, F. & Nittel, D. (1980). „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen“ – Zugangsformen und Interventionsmuster. *Zeitschrift für Gerontologie*, 21, 21–27.
- Klein, M. & Galliker, M. (2007). Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung – Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personenzentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria. *PERSON*, 11, 127–139.
- Oberbracht, C. (2005). *Psychische Struktur im Spiel der Beziehung. Klinische Anwendung und empirische Prüfung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik bei stationären psychosomatischen Patienten*. Universität Hamburg: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Prouty, G. (1998). Pre-therapy and the pre-expressive self. *Person-Centred Practice*, 6, 80–88.
- Rogers, C.R. (1942/1985). *Die nicht-direkte Beratung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C.R. (1961/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personenzentrierte Psychotherapie als koreaktiver Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *PERSON*, 12, 22–34.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden. Band 1*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Autor:

Mark Galliker, Prof. Dr. phil., Psychotherapeut FSP. Lehraufträge für Gesprächsführung und Beratung, Emotion und Motivation sowie Geschichte und Paradigmen der Psychologie.

Korrespondenzadresse:

Mark Galliker
Institut für Psychologie der Universität Bern
UniTobler, Muesmattstr. 45. CH-3000 Bern 9
E-Mail: mark.galliker@psy.unibe.ch