

Dennis Danner

# Wenn das klientenzentrierte Beziehungsangebot am Ende ist: Die Helfer-Klient-Kollusion als Ressource<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Der Klientenzentrierte Ansatz zielt auf die Förderung der Selbstexploration mittels eines spezifischen, humanistisch geprägten Beziehungsangebots, damit Klienten ihre Inkongruenzen bewältigen können. Dieses Beziehungsangebot ist für die Identität der Personzentrierung unverzichtbar. Und doch zeigt unsere alltägliche Erfahrung: wir können so grundsätzlich an Klienten scheitern, dass wir es nicht mehr verwirklichen können.

Wie kann sich die Klientenzentrierung angesichts dieser Grenze als eigenständiges Verfahren weiterentwickeln, um Klienten und professionellen Helfern gerecht zu werden und damit konkurrenzfähig zu bleiben?

Der vorliegende Artikel schlägt eine Lösung vor, wie das Potential der Personzentrierung gerade an dieser Grenze entfaltet werden kann: das Beachten des gemeinsamen Scheiterns öffnet den Weg zum not-wendigen Wachstumsprozess. Denn in der kollusiven Verstrickung können wir den Zugang zu den beiderseitigen, unbewältigten Verletzungen entdecken.

**Schlüsselwörter:** Klientenzentriertes Beziehungsangebot, therapeutisches Scheitern, Traumapsychologie, Kollusion, Supervision.

**Abstract:** At the end of the client-centred relationship: The helper-client collusion as a resource. The Client-Centred Approach is directed to support the self-exploration of clients by a specific, humanistic offer of relationship, that they become able to overcome their incongruity. This offer of relationship founds the identity of the Person-Centred Approach. But our daily experience shows: we can fail on principle, then we cannot keep up this specific relationship.

How can we develop the client-centered approach as an original method in view of this limit, in order to deal with the demands of the clients and the professional helpers and to be able to compete?

This article presents a solution to expand the power of the person-centered approach even facing this limit: considering the common failure opens the necessary growth process. Within the collusion we can discover the access to the unsolved traumas on both sides.

**Keywords:** Client-centred relationship, therapeutic failure, trauma psychology, therapeutic collusion, supervision

Scheitern ist nicht gern gesehen. Wenn wir an eine Grenze stoßen, die uns unüberwindlich erscheint, und für uns keine Aussicht mehr besteht, überhaupt noch einen Weg zu finden – dann ist dies eine Erfahrung, die uns zwar innerlich verfolgt, die wir aber möglichst aus unserem Leben verbannen wollen.

„Es gibt jede Menge populärer Sachbücher über den Weg zum Erfolg, aber kaum eines zum Umgang mit dem Scheitern“ (Sennett, 1998, S. 159). „Die Tabus, die das Scheitern umgeben, bedeuten, daß es oft eine tief verwirrende, schlecht definierte Erfahrung darstellt“ (Sennett, 1998, S.180).

Dennoch ist das unbeliebte Scheitern eine Erfahrung, die Beratern oder Therapeuten<sup>2</sup> täglich begegnet, wenn sie sich der Aufgabe stellen, die ihnen durch die Klienten vorgegeben ist.

Carl Rogers hat bei der Begründung der Klientenzentrierung (1942a/1972) als zentrale Anforderung an psychosoziale Helfer herausgestellt:

Klienten sind in ihrer Selbstexploration so zu fördern, dass sie verantwortlich und auf besser integrierte Weise selbsttätig ihre Probleme lösen können.

- Klientenzentrierung ist Hilfe zur Selbstorganisation durch Selbstverstehen.

Dreh- und Angelpunkt der therapeutischen Beziehung bildet nicht das Problem, sondern die Entwicklung der Klienten zu wachsender *Kongruenz* im Sinne der Integration ihrer Erfahrung.

<sup>1</sup> Überarbeiteter Vortrag, gehalten auf dem Symposium „Selbst Organisation“ in Salzburg, 17.-19.09.2004.

<sup>2</sup> Mit dem Gebrauch der Worte wie z. B. „Berater“, „Therapeut“, „Klient“ sind – wie auch mit „Person“ – Menschen beiderlei Geschlechts gemeint.

Dadurch sollen sie befähigt werden, ihr Leben besser organisiert zu bewältigen.

Als weiteres grundlegendes Merkmal betont Rogers (1942a/1972), dass die therapeutische Beziehung in sich eine Erfahrung des Wachsens darstellt. In der klientenzentrierten Therapie soll nicht nur für das Leben gelernt werden, sondern der therapeutische Kontakt *selbst* ist als ein Ort der Entwicklungserfahrung zu begreifen.

Dieses Ideal – *Förderung der Integrationsfähigkeit der Klienten durch personale Begegnung* – ist für die Identität des klientenzentrierten Ansatzes unverzichtbar!

Die zutiefst humanistische Orientierung des rogerianischen Ansatzes hat zu seiner weiten Verbreitung beigetragen. Er hat darüber hinaus Eingang gefunden in die Prinzipien der Beziehungsgestaltung der anderen Therapieschulen (leider wird häufig gar nicht mehr erwähnt, dass die Grundsätze eigentlich auf Rogers zurückgehen).

Die Klientenzentrierung als Verfahren entwickelte sich entlang der Forschungsfrage: wie muss die therapeutische Beziehung entsprechend dem rogerianischen Ideal gestaltet werden? (Groddeck, 2002)

Auf diese Weise wurde das *Beziehungsangebot* der Klientenzentrierung konzipiert: Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten als grundlegende Bedingungen der therapeutischen Beziehung (Rogers, 1957a; Biermann-Ratjen et.al., 1979).

## Das Scheitern im klientenzentrierten Beziehungsangebot

Wenn wir das Ideal von Rogers verwirklichen wollen, dann werden wir mit einer ernüchternden Erfahrung konfrontiert: Klienten können in ihrer Fähigkeit zur Selbstexploration und Selbstentwicklung so grundlegend zerstört sein, dass sie unserem Bemühen unüberwindlich erscheinende Widerstände entgegensetzen.

Dieses Phänomen finden wir in allen Bereichen psychosozialen Handelns. Sehen wir uns zwei Beispiele aus der alltäglichen Praxis an:

- Ein Psychotherapeut sieht sich einem Klienten gegenüber, der ihn als Helfer regelrecht „tot-redet“. Er lässt ihn kaum zu Wort kommen und mit scharfem Verstand lässt er augenblicklich jegliche Verstehensversuche des Therapeuten kalt abblitzen. Der Therapeut überlässt notgedrungen dem Klienten die Führung des Geschehens. Der Therapeut gerät zunehmend in eine Lähmung, so dass er kaum noch wahrnimmt, dass der therapeutische Prozess stagniert und er sich selbst aufgegeben hat.
- Erzieher in einer Wohngruppe für Kinder und Jugendliche sind mit einem schwer traumatisierten Jungen konfrontiert, der als hoch aggressiv, unbeschulbar und in Gruppen nahezu unhaltbar gilt. Die

Erzieher kommen, wenn sie den Jungen erreichen wollen, in gnadenloser Weise an die Grenze, dass sie den Jungen in seiner Härte und Kälte als übermächtig erleben. Sie sind ohnmächtig darin, dem Jungen erzieherisch zu begegnen und die anderen Kinder in der Gruppe zu schützen – sie haben nur noch den Impuls, den Jungen möglichst schnell loszuwerden.

Den Erfahrungen in den verschiedenen Bereichen des psychosozialen Feldes ist gemeinsam, dass Helfer auf grundsätzliche Hindernisse stoßen: sie werden von den Klienten vor unlösbare Probleme gestellt, und sie werden darin entmutigt, überhaupt noch nach irgendeiner Lösung zu suchen.

Es gibt glücklicherweise vielfältige Literatur über den Umgang mit Grenzen im therapeutischen Prozess. Um Beispiele zu nennen: Swidens (1997) gibt den wertvollen Hinweis, dass bei traumatisch bedingtem Vermeidungsverhalten erlebnisaktivierende Interventionen nicht angebracht sind sondern statt dessen strategische Entscheidungen zu fällen sind, die dem Selbstschutz des Klienten dienen. Oder Sachse (1999) behandelt ausführlich das Problem, wie in schwierigen therapeutischen Situationen eine hilfreiche Beziehung aufrecht erhalten werden kann.

Aber: wie die oben genannten Beispiele zeigen, stoßen wir als professionelle Helfer im Alltag immer wieder auf Grenzen, bei denen uns das ganze strategische Behandlungswissen nicht mehr weiterhilft. Denn wir sind nicht mehr in der Lage, es umzusetzen. Wir haben als Helfer in der Begegnung unsere Kongruenz und damit unsere Suchfähigkeit so grundlegend verloren, dass wir überhaupt keinen Ansatzpunkt mehr für eine Lösung finden. Dann bleiben zumeist nur noch die Möglichkeiten kompensatorischer Lösungen, d. h. wir sind versucht, als Ausweg die klientenzentrierte Haltung zu verlassen.

Angesichts der Grenze, dass eine hilfreiche Beziehung nicht mehr zu entfalten ist, setzt meine *Fragestellung* an:

- Wie lässt sich der klientenzentrierte Ansatz als eigenständiges Verfahren so weiterentwickeln, dass professionelle Helfer in der Supervision effektiver unterstützt werden können?

Um dieser Grenze personenzentriert gerecht zu werden, erscheint es mir sinnvoll,

- das Konzept der Inkongruenz anhand der Erkenntnisse der Dissoziationspsychologie zu vertiefen (Hartmann, 2004) und
- die Inkongruenz des Behandlers im Zusammenspiel mit dem Klienten zu untersuchen.

Meine Überlegungen dazu gehen zurück auf eine Arbeits- und Forschungsgruppe im Rahmen der GAP. Die GAP ist eine Gesellschaft, die klientenzentriert ausgerichtete Ausbildungsinstitute und Psychologische Beratungsstellen trägt. Das Konzept der Einrichtungen integriert die Erkenntnisse der Traumaforschung (Fischer &

Riedesser, 1999), insbesondere der Dissoziationspsychologie (Fiedler, 2001) in den klientenzentrierten Ansatz, um für therapeutische Grenzen neue Wege zu öffnen (Hartmann, 2004).

### Exkurs zum Traumabegriff

Die Dissoziationspsychologie (Fiedler, 2001) breitet ein Kontinuum von dissoziativen Zuständen aus, das sich von eher harmlosen Dissoziationen (z. B. Versacken vor dem Fernseher) über mittelgradige Zustände, die Leiden verursachen, bis hin zu traumatischen Dissoziationen spannt, die durch zerrüttetes Erleben gekennzeichnet sind.

Um den Begriff Trauma nicht inflationär zu gebrauchen, sollte er auf solche Verletzungen beschränkt bleiben, die mit einem chronischen Verlust der Selbstorganisation einhergehen.

Ein Trauma entsteht, wenn eine Person in einer existentiell bedeutsamen Situation durch eine unfassbare Verletzung überwältigt wird (Fischer & Riedesser, 1999).

Das bedeutet: welche Verletzung traumatisierend wirkt, ist individuell sehr verschieden.

Dies kann eine akute Notlage durch ein katastrophentypisches Ereignis sein, das fast jeden Menschen traumatisieren könnte (Folter, Misshandlung, Vergewaltigung, Unfall usw.), oder durch eine weniger spektakuläre Verletzung (Verlust, Krankheit, Scheitern usw.). Dies kann aber auch eine anhaltende Notlage sein, die die Integrität einer Person durch zermürbende Belastungen zusammenbrechen lässt – dazu zählen kumulatives Trauma und Beziehungstrauma (Milieuschädigung durch Verwahrlosung oder Bindungsfrustration, chronische double-binds, Mobbing usw.). Diese schleichenden Notlagen können gerade deshalb so zerstörerisch sein, weil sie nicht richtig greifbar sind. (Fischer & Riedesser, 1999)

Notlagen werden zumeist erst dann zu Traumatisierungen, wenn sie auf der Grundlage entwertender sozialer Beziehungen geschehen, d. h. insbesondere in der Kindheit wirkt der Umgang der Bindungspersonen mit der Notlage des Betroffenen als maßgeblich traumatisierende Größe (Heinerth, 2004).

Hartmann (2004) arbeitet heraus, dass sich die Selbstexploration nicht mehr fördern lässt, wenn ein Klient an eine Traumagrenze stößt. Daraus folgt, dass der klientenzentrierte Therapeut über Strategien verfügen muss, um die zusammengebrochene (traumatisierte) Selbstexploration des Klienten wieder reorganisieren zu können.

Ein Behandler kann aber auch dann einen Klienten nicht mehr in seinem Selbstentwicklungsprozess fördern, wenn er durch die Begegnung mit dem Trauma des Klienten mit einem eigenen Trauma konfrontiert wird. Dann verliert auch er seine Integrationsfähigkeit.

- Die therapeutische Effektivität lässt sich in diesem Fall nicht mehr aktivieren, da der Behandler in seinem Beziehungsangebot zusammengebrochen ist.

Der konstruktive Umgang mit diesen Grenzen ist elementar für Helferberufe, insbesondere dann, wenn wir unsere Freude und Lebendigkeit in der Arbeit bewahren wollen!

Je weniger Helfer eine personenzentrierte Kultur an diesen Grenzen entwickelt haben, desto größer ist die Gefahr, dass sie nun selbst die Probleme des Klienten lösen wollen, um ihrem Scheitern zu entkommen.

Sie verausgaben sich dabei, resignieren schließlich in ihrem ursprünglichen Engagement oder beschränken sich darauf, ihre Klienten zu verwalten – dieses weitverbreitete Phänomen in Helferberufen wird gefasst unter dem Stichwort „burn-out“ (Fengler, 1996). Der vorliegende Artikel möchte eine Lösung für die angeführte Fragestellung vorschlagen.

1. Das Scheitern im therapeutischen Prozess ist ein *kollusives* Geschehen, d. h. es gibt ein Zusammenspiel, welches das gemeinsame Scheitern hervorbringt.
2. In diesem – häufig tabuisierten – Scheitern lassen sich unbeachtete *Ressourcen* entdecken: wenn Helfer sich ihrem Scheitern stellen, eröffnet die kollusive Verstrickung von Helfer und Klient einen Zugang zu den beiderseitigen unbewältigten Traumatisierungen.
3. Dadurch kann das klientenzentrierte Beziehungsangebot auf einer neuen Stufe wieder hergestellt werden.

Dazu werde ich knapp zusammengefasst die Beziehungstheorie von Rogers und das Kollusions-Konzept von Willi darstellen. Im Rahmen einer Integration des Konzepts der Kollusion möchte ich ein vertieftes Verständnis des Scheiterns in der therapeutischen Beziehung sowie Folgerungen für Verfahren zur Supervision vorstellen.

## Die Beziehungstheorie von Rogers

Der personenzentrierte Ansatz beschreibt, welche Voraussetzungen eine entwicklungsfördernde Beziehung erfüllen muss. Das *Beziehungsangebot* in der klientenzentrierten Therapie wird von Rogers wie folgt zusammengefasst:

- „1. Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der *Inkongruenz*; sie ist *verletzlich* oder *voller Angst*.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist *kongruent* in der *Beziehung*.
4. Der Therapeut *empfindet bedingungslose positive Beachtung* gegenüber dem Klienten.

5. Der Therapeut *erfährt empathisch* den *inneren Bezugsrahmen* des Klienten.
6. Der Klient *nimmt* zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 *wahr*, nämlich die *bedingungslose positive Beachtung* des Therapeuten ihm gegenüber und das *emphatische Verstehen* des Therapeuten.“ (Rogers, 1959a/1987, S.40)

Ausgehend von der *Inkongruenz* des Klienten zielt die personenzentrierte Begegnung darauf, dem Klienten einen Prozess der wachsenden Integration seiner Erfahrung zu ermöglichen.

Vom Klienten wiederum hängt es ab, ob er das Beziehungsangebot des Therapeuten überhaupt annimmt. Insofern ist die therapeutische Beziehung durch den Klienten ständig in Frage gestellt. Die treibende Kraft im therapeutischen Prozess liegt in der Fähigkeit des Behandlers, das Beziehungsangebot auch gegenüber Anfechtungen des Klienten flexibel zu vertreten und dabei immer wieder neu um seine Kongruenz zu ringen (Biermann-Ratjen et.al., 1979).

Überfordern die Angriffe des Klienten den Helfer, d. h. misslingt sein Angebot und wehrt er sein Scheitern und die damit verbundenen Gefühle ab, so gerät auch er in Inkongruenz. Dann wird der Therapeut darin gehindert, seine Gefühle zu einem erweiterten Verständnis des Klienten zu nutzen und sich der Entwicklung des Klienten zuzuwenden.

Wenn auf beiden Seiten Inkongruenz vorliegt, dann entsteht eine *gestörte Beziehung* (Rogers, 1959a/1987). In der Kommunikation erscheinen dann *Diskrepanzen* zwischen dem Erleben und dem Ausdruck des Erlebens (z. B. kommt es zu dem Widerspruch, dass die Personen eigentlich Ablehnung empfinden, aber Zugewandtheit vermitteln wollen). Die Personen nehmen die Widersprüche der jeweils anderen Person wahr und tendieren dazu, selbst auch widersprüchlich zu reagieren. Beide erleben die Widersprüche als bedrohlich. Sie erleben zunehmend einen Mangel an positiver Beachtung und Verständnis.

Die Partner in einer gestörten Beziehung treiben sich gegenseitig immer tiefer in *Abwehrhaltungen* hinein und werden dadurch in ihrer Wahrnehmung und ihrem Verständnis sowohl für sich selbst als auch für den anderen fortschreitend eingeengt.

Das Scheitern in der therapeutischen Beziehung lässt sich mithilfe des Konzepts der Kollusion als gemeinsamer Prozess genauer fassen.

## Das Kollusions-Konzept von Willi

J. Willi stammt ursprünglich aus der psychoanalytischen Tradition und hat sich in den letzten Jahren systemischen Sichtweisen zugewandt.

Es ist sein Verdienst, dass er das Zusammenspiel von Abwehrhaltungen im Begriff der Kollusion (lat. „colludere“ = zusammenspielen) konzeptualisiert hat (Willi, 1975).

**Kollusion** wird definiert als ein (geheimes) Zusammenspiel von Partnern, das der gemeinsamen Vermeidung unbewältigter seelischer Verletzungen dient.

Ein Beispiel für eine Kollusion:

Nehmen wir eine Frau, die sich in ihrer Kindheit vernachlässigt gefühlt hat. Für diese unverarbeitete Erfahrung findet sie die Notlösung, dass sie in einer Beziehung nur nehmen will. Sie trifft auf einen Mann, der als Muttersöhnchen verspottet worden ist. Er möchte auf jeden Fall vermeiden, wieder in eine Abhängigkeit zu geraten. Er glaubt sich dann sicher in einer Beziehung, wenn er nur der Gebende ist. So ergänzen sich die Partner im Zusammenspiel. Scheinbar können sie das Leben bestehen, ohne ihre vermiedenen Seiten zu entwickeln. In der Kollusion gestatten sich die Partner gegenseitig, das zu vermeiden, was sie nicht können: der eine das Geben, der andere das Nehmen.

Das Konzept von Willi integriert das psychoanalytische *Abwehr*-konzept sowie das systemische Prinzip der *Zirkularität* (= Interaktionen bedingen sich wechselseitig). Die Grundlinien des Kollusions-Konzepts lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- Beziehungen, so erwünscht sie sein mögen, lösen immer auch bestimmte Ängste aus (z. B. Angst vor Nähe, Angst vor Verpflichtung oder Angst vor Verlassen-werden). Diese stammen von unbewältigten Verletzungen aus früheren Beziehungen, zumeist aus der Kindheit.
- In der Kollusion gestatten sich die Partner gegenseitig die Vermeidung dieser Ängste.

Es findet eine Abwehr zu zweit statt.

- Dieser Lösungsversuch führt zunächst zu einer Entlastung, entwickelt sich langfristig aber zum *zentralen Konfliktpunkt* in der Beziehung, weil die Entwicklung der Partner verhindert wird.
- Wenn die Partner mit ihrem Unvermögen konfrontiert werden, flüchten sie sich in gegenseitige *Vorwürfe*. Die eigenen ungelösten Probleme und die Mängel in der Beziehung werden dem Partner angelastet: („Ich bin nur so, weil du so bist!“).
- So kommt es zur Krise in der Kollusion in Form eines *Machtkampfs*, der die Polarisierung verschärft. Dies führt zu einem hohen Leidensdruck, denn die Beziehung hält trotz aller Bemühungen der Beteiligten nicht das, was sie ursprünglich versprochen hat.
- Die gemeinsame Vermeidung schlägt um in einen *unlösbaren* Konflikt, der schließlich alle Bereiche der Beziehung durchdringt.

Aus dieser Konzeption leitet Willi die These ab:

*Immer dann, wenn ein unlösbarer Beziehungskonflikt besteht, liegt eine Kollusion vor!*

Willi verwendet das Konzept der Kollusion zur Analyse von Paarkonflikten. Er betrachtet jedoch Kollusion als ein universales soziales Phänomen, insbesondere betont er, dass sich Kollusionen auch in der Therapeut-Klient-Beziehung bilden (1975).

Schmidbauer (1977) hat in seiner Abhandlung über das „Helfersyndrom“ das Konzept auf die Therapeut-Klient-Beziehung angewandt. Er beschreibt die Entwicklung eines verhängnisvollen Zusammenspiels: der Helfer stabilisiert sich, indem er die Abhängigkeit des „Schützlings“ festigt; der Klient kultiviert eine Ja-aber-Haltung (er nimmt die Angebote nur scheinbar an), um seinen Versorgungsanspruch und die Vermeidung von Eigenverantwortung aufrecht zu erhalten. Das gegenseitige Ausnutzen endet in einem destruktiv geführten Konflikt: der Klient beweist die Unzulänglichkeit des Helfers und der Helfer, angewiesen auf Bestätigung, versucht den Erfolg zu erzwingen.

Im Weiteren soll das gemeinsame Scheitern in Helferbeziehungen eingehender untersucht werden, indem die traumapsychologischen Erkenntnisse zur Inkongruenz mit dem Kollusionskonzept verknüpft werden.

## Kollusion und traumatisch bedingte Inkongruenz: Thesen zur Helfer-Klient-Beziehung

Als Ausgangspunkt für die Untersuchung übernehme ich zunächst die grundlegende These von Willi.

1. Wenn sich in einer therapeutischen Beziehung eine unüberwindliche Grenze bei der Förderung der Selbstentwicklung des Klienten zeigt, dann liegt eine Kollusion vor.

Ich möchte zunächst der Frage nachgehen, wie es zu einer kollusiven Verstrickung kommt.

2. Grundlage für die Neigung zur Kollusionsbildung ist das Vermeiden von Dissoziationen und dem damit verbundenen Scheitern.

Wie wir aus der Traumaforschung wissen (Fiedler, 2001; Hartmann, 2004), wehren Betroffene unbewältigbare Belastungen durch Dissoziation ab. Bestimmte Erlebensinhalte werden abgespalten, das Erleben selbst wird zerrüttet. Dadurch verliert die Person bestimmte Formen der sozialen Teilhabe, d. h. sie scheitert dann in den entsprechenden Lebensfragen (siehe das Beispiel zur Kollusion Geben–Nehmen).

Wenn die betroffene Person ihre Dissoziation und das damit verbundene Scheitern vermeidet, neigt sie zu der Strategie, diese Lücke in ihrem Leben durch Kollusionsbildung zu kompensieren. Sie sucht sich eine soziale Nische, in der sie glaubt, auch ohne die abgespaltene Seite bestehen zu können.

3. Eine Kollusion in einer therapeutischen Beziehung entsteht, wenn die Personen gegenseitig darauf drängen, von ihrem Scheitern im therapeutischen Prozess verschont zu werden.

Der Klient bringt seine Not mit dem Scheitern an ungelösten Lebensfragen zum Helfer. Er möchte seine Not abwenden, ohne aber mit seinem Scheitern konfrontiert zu werden. Er misstraut aufgrund seiner Lebenserfahrung der Bereitschaft und Fähigkeit des Therapeuten, auf seine Not wirklich einzugehen. Diese inneren Widersprüche führen den Klienten dazu, dass er widersprüchliche Botschaften aussendet gemäß dem Motto „wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht naß“.

Die *unausgesprochene* Botschaft des Klienten könnte man so ausdrücken:

„Ich bin am Ende, weiß gar nicht, wo ich überhaupt noch suchen könnte. Dass ich nicht weiter weiß, ist für mich ein unfassbares Versagen, das ich niemals zeigen werde. Diese, meine Aussichtslosigkeit nehme ich nicht an, sondern ich betäube mich durch Flucht in Arbeit, Suchtmittel, Gleichgültigkeit, Rache usw. Da ich mein Scheitern nicht ertrage, werde ich dir die Schuld dafür zuschieben. Ich kann gar nicht glauben, dass du mir in irgendeiner Weise dabei helfen könntest, aus dieser ausweglosen Notlage herauszukommen.“

Diese widersprüchliche Kommunikation des Klienten überwältigt den Helfer. Dieser gerät seinerseits in eine aussichtslose Lage, da er herausgefordert wird, gleichzeitig aber lahmgelegt ist, bevor er überhaupt den ersten Schritt getan hat.

Wenn er die Ambivalenz des Klienten nicht bewältigen kann, so wird er anfällig dafür, von den Paradoxien des Klienten matt gesetzt zu werden. Der Punkt, an dem der Therapeut an das Ende seiner Verarbeitungsfähigkeit gerät, wird erreicht, wenn er sein Scheitern ebenfalls als *Versagen* ansieht. Ganz in die Enge getrieben wird der Therapeut schließlich, wenn diese Scheiternserfahrung eine *emotionale Ähnlichkeit* mit früher erlittenen Verletzungen aufweist. Die Gefahr, erneut der geflohenen Verletzung ausgesetzt zu sein, muß abgewendet werden. Dies geschieht durch das Mittel der Schuldigungsuche. Sein unfassbares Scheitern verleitet auch ihn, paradox und anschuldigend zu kommunizieren. Er versucht, sich dadurch zu retten, dass er den Klienten für sich passend machen will nach dem Motto „du Klient machst die Therapie unmöglich, weil Du dich sowieso nicht entwickeln willst“.

Die *unausgesprochene* Botschaft des Helfers lässt sich so formulieren:

„Ich als Helfer bin dir gegenüber ohnmächtig. Ich müßte doch eigentlich wissen, wie der heilsame Prozess geht. Ich müßte wissen, wie ich dich dazu bringen kann, dass du dich deinem Problem stellst. Stattdessen fühle ich mich in einer furchtbaren Weise klein und hilflos. Ich weiß nicht im geringsten, wie ich mich wandeln kann, um dir als Klienten begegnen zu können. Da ich das nicht aushalte, gebe ich dir die Schuld für meine Misere.“

Durch diese widersprüchliche Kommunikation des Helfers sieht sich der Klient in seiner Erwartungshaltung bestätigt, dass der Zuwendung der anderen nicht zu trauen ist.

4. Helfer und Klient wehren das gemeinsame Scheitern ab, indem sie sich in einem Machtkampf gegenseitig mit versteckten Anschuldigungen überwältigen.

Die Einigkeit von Therapeut und Klient, das Scheitern zu umgehen, lässt sie die gemeinsame Aufgabe verfehlen. Wenn sie dafür nicht die Verantwortung übernehmen wollen, dann drängen sie darauf, den Anderen für die eigenen Vorstellungen passend zu machen. Der Behandler versucht, den therapeutischen Erfolg gegen den Widerstand des Klienten zu erzwingen, indem er eigene Problemlösungen überstülpt. Oder er rettet sich, indem er innerlich aussteigt.

Der Klient fühlt sich zu Recht in seiner Notlage nicht verstanden. Er bewahrt seine Macht, indem er der Behandlung Widerstand entgegensetzt. Auch wenn er vordergründig den Therapeuten zum Experten erklärt, so sitzt er doch letztlich hinsichtlich seiner Verweigerung am längeren Hebel.

Dieser Machtkampf sichert zwar die Vermeidung des eigenen Scheiterns, er führt aber geradewegs in die *Unlösbarkeit* des Konflikts.

5. In der Kollusion verstricken sich die Aussichtslosigkeiten von Helfer und Klient, die vom Gegenüber erlittenen Verletzungen zu bewältigen.

Im unlösbaren Konflikt schreiben sich die Beteiligten gegenseitig die Schuld für ihr Unvermögen in der Beziehung zu. Helfer und Klient bringen sich auf diese Weise gegenseitig an den Punkt, an dem sie sich in ihrem Leben aussichtslos erleben. Durch die Kollusion in der Helferbeziehung werden unbewältigte Verletzungen wieder wachgerufen, die beide schon mitbringen, aber auch die dagegen entwickelten Abwehrformen. Indem sie sich durch ihre kompensatorischen Lösungsversuche behaupten wollen, bringen sie sich gegenseitig ans Ende.

6. Die Grenze des unlösbaren Konflikts kann überschritten werden, wenn in der Analyse der Kollusion die Notsituationen verstehbar werden.

Anders als Partner in Paarbeziehungen sind professionelle Helfer, wenn sie in der Supervision darauf angesprochen werden, viel eher zu einer Umkehr in dem Machtkampf bereit.

Wenn der Therapeut die kollusive Verstrickung mit dem Klienten beachtet, dann kann er eine erstaunliche Entdeckung machen. Denn in dem unüberwindlich erscheinenden Gegensatz des Machtkampfs zeigt sich eine verborgene Übereinstimmung:

- Beide befinden sich in der Notlage, ihre Werte in eine Beziehung einbringen zu wollen, in der sie vom anderen *nicht* zugelassen sind.
- Beide wollen sich dadurch retten, indem sie den anderen *übersteigen* wollen und sich dadurch gegenseitig in dissoziative Zustände treiben.

- Beide bestehen in einer absoluten Weise darauf, dass sie beim anderen Resonanz finden wollen angesichts einer Situation, in der sie völlige Entwertung erfahren.

In der Kollusion wiederholen sich für beide früher erlebte Verletzungen! Sie reagieren mit ihren „bewährten“ (destruktiven) Mustern, um ihr Streben nach positiver Beachtung (Rogers, 1959a/1987) zu verteidigen.

Und genau diese Abwehrformen treffen das Gegenüber in seiner unbewältigten Verletzung!

Wird der Behandler bereit, sich seiner Notlage zu stellen, dann kann er aufarbeiten, welche eigene Verletzung ihn daran hindert, den Klienten im Annehmen seiner Not zu fördern. Aufgrund des Entsprechungsverhältnisses der Traumata werden in der Untersuchung der Kollusion gleichermaßen die Traumatisierungen und die kompensatorischen Muster, mit denen der Klient abwehrt, zugänglich und verstehbar (Hartmann & Witte, 2002).

Wie die Kollusion in der beschriebenen Weise als Ressource genutzt werden kann, soll das folgende *Beispiel* illustrieren.

#### Fallbeispiel

Eine Therapeutin glaubt, sich mit den therapeutischen Fortschritten einer Klientin wohl zu fühlen. Als sie sich aber genauer besinnt, merkt sie, dass sie die Klientin äußerst vorsichtig behandelt. Sie beginnt, sich einzugestehen, wie sie eine Auseinandersetzung vermeidet. Bei der Beachtung der Grenze im therapeutischen Prozess entdeckt sie, dass die Klientin sich nur scheinbar auf die Beziehung zu ihr einlässt. Tatsächlich nimmt die Klientin nichts an. Sie lässt die Therapeutin links liegen und erklärt selbst scharfsinnig ihre Probleme. Die Therapeutin bemerkt, wie sie sich der Klientin unterordnet, darauf verzichtet, ihre Fähigkeiten einzubringen.

Die Therapeutin stellt sich ihrer Selbstaufgabe. Sie besinnt sich darauf, in welcher Weise sie sich vereinnahmen lässt. Durch die Bearbeitung ihrer Dissoziation wird sie sich ihrer zugrundeliegenden Verletzung bewusst. Als Kind war sie dazu verurteilt gewesen, bei ihrem Vater auf dem Schoß demütig zuzuhören. Während sie ihm doch nahe schien, erlebte sie ihn letztlich als unerreichbar. Durch das emotionale Durchdringen dieser Erfahrung kann die Therapeutin sich aus der Unterordnung befreien. Dies führt zu einer Auflösung der Kollusion.

Durch diese Schritte erhält sie Zugang zur Not der Klientin: diese war in einem Klima der Beziehungslosigkeit aufgewachsen; als Schutz vor der erlebten Kälte, versuchte sie, andere zu dominieren. Bei der Therapeutin wiederholte sich nun die unverarbeitete Erfahrung der Klientin, denn diese war ja als Gegenüber in der Therapie verschwunden. Die Therapeutin übernimmt nun wieder ihre Verantwortung. Da sich die Klientin nicht mehr im Stich gelassen fühlt, hört sie mit ihrem Machtkampf auf.

Wie das Beispiel unterstreicht, bietet die Integration des Kollusions-Konzepts in die Klientenzentrierung eine Zugangsmöglichkeit für das Festsitzen in therapeutischen Prozessen. Es ermöglicht ein Verstehen, wie das Scheitern gemeinsam hervorgebracht wird und eröffnet die Umkehr der Kollusion in ein entwicklungsförderndes Zusammenspiel.

Traumatisch bedingte Inkongruenzen werden zugänglich. Kompensatorische Abwehrformen können so aufgearbeitet werden, dass konstruktive Bewältigungsmöglichkeiten daraus erwachsen (Danner, 2005).

## Folgerungen für ein personenzentriertes Supervisions-Konzept

„Die klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischen-menschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert“ (Rogers, 1975e/1983, S.17).

Das Ideal von Rogers – Förderung der Integrationsfähigkeit durch Begegnung – begründet das unverwechselbare Profil der Personenzentrierung. Es gibt die unverzichtbare Richtschnur für therapeutisches Handeln vor.

Der scheiternde Helfer sieht sich aber dadurch einem besonderen Dilemma ausgesetzt: *es wird von ihm eine Menschlichkeit verlangt, die er im Ernstfall gar nicht einlösen kann!*

Denn im kollusiven Festsitzen geht dem Helfer die Kongruenz und damit seine Suchfähigkeit so verloren, dass er die notwendige Akzeptanz und Empathie nicht mehr aufbringen kann.

Wie lässt sich dieses Dilemma personenzentriert lösen?

Nach meiner Erfahrung wird die Konzeption von Rogers mitunter in der Weise missverstanden, dass nur das Ideal der hilfreichen Beziehung anzustreben ist und eine sog. „gestörte Beziehung“ nicht auftreten sollte, ja geradezu als Versagen gewertet wird. Dabei wird aber übersehen, welche *Entwicklungschancen* in dem kollusiven Scheitern verborgen liegen.

Mit anderen Worten: die Inkongruenz des professionellen Helfers ist kein Betriebsunfall, sondern für den Prozess unvermeidbar, ja geradezu notwendig und erfordert eine personenzentrierte Umgangsweise.

Das Scheitern ist für den Helfer eine Herausforderung, sich eigenen (traumatischen) Zusammenbrüchen der Integrationsfähigkeit zuzuwenden, die er sonst vermieden hätte.

Dadurch stellt sich ihm die Aufgabe, gerade an den Grenzen in seiner Menschlichkeit zu wachsen, wo er sonst in kompensatorischen Lösungsversuchen hängenbleibt.

Das Ideal ist nur dann hilfreich, wenn es die Möglichkeit des Scheiterns miteinbezieht. Erst das Bejahen des Scheiterns am Ideal eröffnet einen Weg, um die erforderliche menschliche Kapazität zu entwickeln.

Aus dieser Sichtweise haben wir für die Supervision in den Einrichtungen der GAP folgende Grundsätze entwickelt, die sich an den Konzepten von Hartmann (2004) für die Bearbeitung von Dissoziationen und Traumata orientieren:

1. Unterstützung bei dem freudigen(!) Beachten der eigenen Grenzen und dem aktiven Aufsuchen des Scheiterns.
2. In der Kollusions-Analyse wird exploriert, wie der Klient den Behandler ans Ende seiner therapeutischen Integrationsfähigkeit bringt: in welche Dissoziation gerät der Behandler durch die Vermeidungsstrategien des Klienten?
3. Klientengeleitete Aufarbeitung des Zusammenbruchs des Helfers: in der Kollusion werden die Entsprechungen der Traumata von Klient und Helfer erkundet. Der Behandler erhält durch die Verstrickung mit dem Klienten die Chance, sich aus seinem Zusammenbruch zu befreien. Dadurch findet er aber auch Zugang zum Trauma des Klienten. Der Helfer gewinnt seine Integration auf einem neuen Niveau zurück.
4. Reorganisation der therapeutischen Beziehung: der Behandler setzt die Aufarbeitung in eine therapeutische Strategie um und überprüft in der Praxis, inwieweit der Klient mit Entwicklungsschritten antwortet.

Bei dieser Vorgehensweise erweist sich das vermiedene, gemeinsame Scheitern als zentrale Entwicklungschance in den kollusiven Verstrickungen des Helferalltags!

Das Beachten des gemeinsamen Scheiterns führt zu *den* unbewältigten Verletzungen, deren Bearbeitung für den gemeinsamen Wachstumsprozess „notwendig“ ist.

Das Scheitern am personenzentrierten Ideal ist eine beständige Herausforderung, um in dem Prozess der immer wieder neuen Auseinandersetzung mit den Grenzen die eigene therapeutische Kompetenz und die personenzentrierte Konzeptbildung weiterzuentwickeln.

## Literatur

- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1979). *Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Danner, D. (2005). *Gesunde und pathologische Abwehr*. Vortrag auf dem Symposium der GfKT, Marburg.
- Fengler, J. (1996). *Helfen macht müde*. München: Pfeiffer.
- Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Beltz.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhard.
- Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers, Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Primus.
- Hartmann, J. & Witte, A. (2002). *Kollusion als Zugang zur Traumaanalyse*. Vortrag auf dem Symposium der GfKT, Marburg.
- Hartmann, J. (2004). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Trauma und Dissoziation*. Vortrag auf dem Symposium „Selbst Organisation“, Salzburg.
- Heinerth, K. (2004). Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsreaktion. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, 155–169.
- Rogers, C. (1942a/1972). *Counselling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Dt.: *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw Hill. Dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. (1975e/1983). Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. II (pp. 1831–1843). Baltimore: Williams and Wilkins. Dt.: *Therapeut und Klient*. Kapitel 1: Klientenzentrierte Psychotherapie. Frankfurt/Main: Fischer.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer*. Reinbek: Rowohlt.
- Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch*. Berlin: Siedler.
- Swildens, H. (1997). Klientenzentrierte Psychotherapie mit Erwachsenen, Agoraphobie mit Panikattacken und Depression. In J. Eckert, D. Höger & H.W. Linster (Hrsg). *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 13–30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.

## Autor

Dennis Danner, geb. 1957, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut; psychotherapeutische Tätigkeit (stationär) in psychosomatischer Klinik und (ambulant) in Psychologischer Beratungsstelle; Ausbilder in Klientenzentrierter Psychotherapie in der GAP; Arbeitsschwerpunkte: Klientenzentrierung und Traumapsychologie, Supervision, Kollusion, Paartherapie.

## Korrespondenzadresse

Dennis Danner  
GAP – Psychologische Beratungsstelle  
Rosenstraße 9  
D-35037 Marburg  
E-Mail: dennis.danner@web.de