

Annette Murafi

# Personzentrierte Therapie bei einer depressiven Klientin mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung

## Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Klinik

**Zusammenfassung:** *Die Arbeit soll den Prozess einer ca. 2-jährigen ambulanten Personzentrierten Therapie nachzeichnen. In den verschiedenen Therapiephasen werden sowohl das Erleben der Patientin als auch die für sie im Verlauf bedeutsamen Themen dargestellt. Die Beziehungserwartungen in der interpersonellen Begegnung und die sich daraus ergebenden Interventionen werden reflektiert. Schwierigkeiten in der Verwirklichung der im Personzentrierten Ansatz postulierten idealen Beziehung werden erörtert.*

**Schlüsselwörter:** *Kasuistik, störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Therapieprozess, therapeutisches Beziehungsangebot*

**Abstract:** **Person-centred therapy of a female client with major depression and narcissistic personality disorder — a case presentation from a psychiatric hospital.** *The author describes the process of a 2-year-lasting person-centred psychotherapy. Noting to the different steps of therapy, the author emphasizes on the client's experiencing, her main conflict themes, her relationship expectations and the resulting therapeutic interventions. The author's difficulties in realization of an optimized relationship offer in order to the person-centred concept are discussed.*

**Keywords:** *Case-presentation, disorder specific person-centred therapy, narcissistic personality disorder, process of therapy, therapeutic relationship offer*

### Problemstellung

Falldarstellungen, in denen es weniger um eine Darstellung des Therapeutenverhaltens auf der Ebene von Einzelinterventionen geht, sondern um die Erörterung von Therapiestrategien, die sich an definierten Klienten- und Situationsmerkmalen orientieren, finden sich innerhalb des Personzentrierten Ansatzes eher selten. So wichtig die Mikroanalyse von Therapieprozessen auch ist, so darf darüber die Makroanalyse, d. h. die Beschreibung von umfassenderen Handlungskonzepten, nicht vernachlässigt werden. Nur die unzutreffende Grundannahme, dass das Therapeutenverhalten von Klient zu Klient und von Therapiesituation zu Therapiesituation völlig uniform sei bzw. uniform zu sein habe (der schon von Kiesler, 1966, kritisierte „Uniformitätsmythos“), würde eine Reflektion jeweils situationsangemessener und klientenbezogener Behandlungskonzepte überflüssig machen (Finke und Teusch, 2002). Doch sind gerade die Phänomene, die in der Psychotherapie zu berücksichtigen sind, vielfältig. Es sind z. B. die vorliegende Symptomatik und die jeweilige Persönlichkeitsstruktur des Klienten, die Art

seines sozialen Eingebundenseins, das jeweilige Stadium der Psychotherapie sowie die Passung der jeweiligen Therapeut-Patient-Dyade, um nur einige zu nennen.

Es kommt also darauf an, klientenspezifische (d. h. störungswie persönlichkeitsbezogene) und prozesstypische Konzeptbildungen innerhalb des personzentrierten Gesamtkonzeptes darzustellen und damit zuallererst diskussionsfähig zu machen. Damit ist eine störungs-, persönlichkeits-, prozess- und interaktionsbezogene Gesprächspsychotherapie zu beschreiben. Die verkürzende Rede von der „störungsbezogenen GPT“ meint genau dieses Vorhaben (Teusch und Finke, 1995, Finke und Teusch, 1999). Selbst der Position, dass der entscheidende Wirkfaktor von Psychotherapie das Beziehungsangebot des Therapeuten sei, ist dann mit der Frage zu begegnen, welches Beziehungsangebot bzw. welches Beziehungskonzept bei welchem Klienten in welcher Therapiesituation besonders angemessen sei.

Besonders typisch für die Darstellung der Personzentrierten Therapie ist die Explikation des idealen bzw. optimalen therapeutischen Beziehungsangebotes. Dabei kommt die Beschreibung der

Realbeziehung allerdings oft zu kurz. Es werden zuwenig sowohl die diversen Schwierigkeiten der Klienten und deren Gründe beschrieben, das therapeutische Beziehungsangebot wahrzunehmen, als auch vor allem die Schwierigkeiten der Therapeuten, das postulierte Beziehungsangebot zu realisieren. Das ideale Beziehungsangebot des Therapeuten als konzeptinhärentes Leitbild einerseits und das reale Beziehungsangebot als die faktischen Einstellungen und Verhaltensweisen des Therapeuten andererseits werden in der Therapie indes durchaus öfters interferieren. Solche Interferenzen sind schon deshalb zu erörtern, um Muster für ihre konstruktive Bewältigung bereitzustellen. Es geht dabei auch um das Beschreiben des Austausches von gegenseitigen Erwartungen und Rollenzuschreibungen zwischen Therapeut und Klient, die sich für beide oft zunächst außerhalb der Gewährleistung vollziehen und sich erst der reflektierenden Rückschau erschließen. Auch diese Problematik möchte ich in der folgenden Falldarstellung immerhin andeuten. Vor allem aber soll die Abstimmung von Beziehungsangebot und Interventionen auf die verschiedensten Belange der Klientin bzw. der therapeutischen Situation verdeutlicht werden.

Meine Aufgabenstellung sehe ich also darin,

- den Therapieprozess so zu konzipieren, dass das Erleben der Patientin in den verschiedenen Therapiephasen anhand der hier jeweils relevanten Themen (Gefühle, Wünsche, Vorstellungen) deutlich wird;
- zu zeigen, wie die Beziehungserwartungen der Patientin und meine eigenen Beziehungserwartungen mit diesen Themen zusammenhängen;
- zu verdeutlichen, wie ich mein Beziehungsangebot und die sich daraus jeweils ergebenden Interventionen auf diese Themen ausrichte.

Beim Versuch, dieser Aufgabenstellung gerecht zu werden, kann beim Leser der Eindruck eines sehr zweckrationalen Planens und Vorgehens, das von einer erlebnishaften Teilhabe abgekoppelt ist, entstehen. Deshalb möchte ich darum bitten, meinen empathischen Mitvollzug und meine emotionale Resonanz als Basis meines therapeutischen Handelns auch dort mitzulesen, wo hiervon nicht ausdrücklich die Rede ist.

## Kasuistik

### Krankheitsanamnese

Die 53-jährige Patientin gab bei der Aufnahme in die Klinik an, sie leide seit einer neurochirurgischen Operation nach einer Subarachnoidalblutung vor 6 Jahren an Antriebsschwäche, Lustlosigkeit und Müdigkeit. Außerdem habe sie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Einerseits führe sie ihre „Depression“ auf einen Fehler bei

der Operation zurück; es wäre besser gewesen, die Ärzte hätten sie damals aus der Narkose nicht mehr aufwachen lassen. Andererseits mache sie ihren Ehemann und dessen vernachlässigendes Verhalten ihr gegenüber für die anhaltende depressive Verstimmung verantwortlich. Manchmal werde sie richtig wütend darüber, dass es ihr schlecht und anderen gut gehe.

### Biographische Anamnese

Frau T. wurde als 3. Kind ihrer Eltern geboren und wuchs gemeinsam mit ihrem 6 J. älteren Bruder auf; eine 2 J. ältere Schwester verstarb bereits im Kleinkindalter. Die Patientin empfand die Mutter als fremde, kühle Frau; die Beschreibung gleicht eher der einer Stiefmutter und bleibt trotz der deutlich spürbaren Abneigung der Mutter gegenüber seltsam farblos. Auch vom Vater wird kein klares Bild deutlich. Nach einer frühen Phase von liebevoller Zuwendung, an die sich die Patientin jedoch kaum noch erinnern konnte, überwog eine distanzierte, von Leistungserwartung und materieller Versorgung geprägte Vaterbeziehung. Insgesamt fühlte sich die Patientin mit ihren Eltern „vom Schicksal gestraft“. Der Vater verstarb 2 Jahre vor, die Mutter während der Therapie.

Im Alter von 20 J. lernte Frau T. ihren jetzigen Ehemann, von Beruf Kaufmann, kennen. Sie fühlte sich durch seine Sportlichkeit und körperliche Attraktivität angezogen, erlebte ihn aber alsbald als „Muttersöhnchen“ und wenig durchsetzungsfähig, so dass sie sich eigentlich keine dauerhafte Beziehung vorstellen konnte. Als sie schwanger wurde, heiratete sie schließlich auf Druck ihres Vaters. Kurz vor der Hochzeit war es – während der Anprobe des Brautkleides – zu einer Fehlgeburt gekommen; die Patientin hatte die Hochzeit dann jedoch nicht mehr absagen können. Das Ehepaar zog in das Haus der Schwiegermutter, wo sich die Patientin in starker Konkurrenz zu ihrer Schwiegermutter erlebte, die nach dem Tod des Schwiegervaters ihren Sohn stark vereinnahmte.

Nach 10 eher unglücklich verlebten Ehejahren wurde der einzige Sohn geboren. Als dieser 5 Jahre alt war, entschloss sich der Ehemann, zur Gründung eines selbständigen Betriebes nach Süddeutschland zu ziehen. Den Umzug zu seiner Ursprungsfamilie, die mittlerweile dort lebte, hatte er zunächst ohne Wissen der Patientin geplant und sie erst kurz zuvor informiert. Enttäuscht und gekränkt blieb Frau T. mit ihrem Sohn im Ruhrgebiet. Der Ehemann kam alle 14 Tage zu Besuch und verbrachte die Urlaube mit Ehefrau und Sohn. Während sich die Patientin zwar in der Erziehung des Sohnes allein gelassen fühlte, genoss sie doch auch die „Freiheit“ in der Distanz zum Ehemann. In dieser Zeit hatte die Patientin mehrere außereheliche Beziehungen, in denen sie Sexualität und Erotik erleben konnte (während ihr Mann sie doch immer als „frigide“ bezeichnet hatte). Ob sie sich sexuell hingeben könne, hänge eben vom Einfühlungsvermögen des Partners ab, das sie ihrem Ehemann völlig abspreche.

Angesichts seiner bevorstehenden Berentung plante der Ehemann nun die baldige Rückkehr zu Frau und Sohn. In ihrer Verbitterung über die langjährige Trennung kann sich Frau T. darüber jedoch nicht freuen. Der einzige aktuelle Lichtblick ist ihr Sohn, auf dessen „gelungene“ Erziehung zu einem fürsorglichen und rücksichtsvollen (und vermutlich frühzeitig parentifizierten) jungen Mann sie sehr stolz ist.

### **Bedeutsame psychische Befunde**

Unter Berücksichtigung des sehr gepflegten, modebewussten Erscheinungsbildes der Patientin im späteren Verlauf der Therapie wirkte Frau T. anfangs regelrecht wie ein „begossener Pudel“; die dünnen, dauergewellten Haare an der Luft getrocknet, ungeschminkt, in überweiten Kleidungsstücken ihre Figur versteckend.

Daneben zeigte sie sich affektiv bedrückt, verzweifelt und verschämt weinend. Sie war zunächst zurückhaltend und zögerlich, dann zunehmend auch klagsam, vorwurfsvoll und fremdbeschuldigend. Sie wirkte misstrauisch, begrenzt introspektionsfähig und neigte zu gekränktem Rückzug.

### **Diagnose**

In Anlehnung an die ICD-10 stellten wir bei Frau T. die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell mittelgradiger depressiver Symptomatik. Außerdem zeigten sich im Verlauf der Behandlung Züge einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur.

### **Hypothetisches Bedingungsmodell der Erkrankung**

Es besteht eine Inkongruenz zwischen dem im Selbstkonzept weitgehend repräsentierten Autonomiebedürfnis einerseits und dem zunächst kaum symbolisierten Wunsch nach Nähe, Unterstützung und Solidarität andererseits (Rogers, 1987g). Darüber hinaus ist noch eine Inkongruenz auf einer anderen Ebene zu beschreiben: Dem Selbstideal von altruistischem Engagement und „idealer Liebe“ stehen (nicht symbolisierte) starke Neid- und Rivalitätsgefühle gegenüber. Diese Inkongruenz hat eine geringe Selbst- und Fremdempathie zur Folge, da die eigene Ideal-Perspektive ständig gegen mögliche andere Sichtweisen behauptet werden muss.

Die Entwicklung dieser Inkongruenzkonstellationen (Speierer, 1994) ist zurückzuführen auf starke Defizite von Anerkennung und Nähe-Erleben in der Kindheit. Von ihrer Mutter hatte die Patientin kaum je Akzeptanz und Anerkennung erfahren. Der Vater, den sie anfangs als zugewandt erlebte, enttäuschte sie in ihrer frühen Jugendzeit durch scheinbar unerklärliche Abwendung.

Dieses Defizit von Nähe und Anerkennung führte bei der Patientin zu einer starken Bindungsambivalenz; dem Wunsch nach Nähe, Zärtlichkeit und Geliebtwerden standen Gefühle trotziger Autonomiebehauptung und Enttäuschungswut gegenüber.

Vom später auf Druck des Vaters geheirateten Mann erhoffte sie sich einen „sportlichen Mitstreiter“ im Kampf um Autonomie und Abgrenzung von den Eltern sowie einen einfühlsamen, fürsorglichen, ihr alle Wünsche von den Augen ablesenden „Ersatzvater“; sie fand jedoch einen gutmütigen, etwas indifferenten und unselbstständigen Ehemann, der selbst noch stark an seiner Mutter hing.

Der Wunsch des Ehemannes, zu seiner Familie nach Süddeutschland zu ziehen, löste bei der Patientin Enttäuschung, Kränkung und Wut aus, die sie nur inadäquat in Depressivität und Projektion ihrer aggressiven Impulse auf den Ehemann symbolisieren konnte. Über außereheliche Beziehungen mit der damit verbundenen narzisstischen Zufuhr und der „heimlichen“ Rache am Ehemann konnte die Patientin eine vorübergehende Selbstwertstabilisierung erfahren.

Aktuelle Auslöser der Symptomatik:

Hier ist zum einen die narzisstische Selbstwerterschütterung durch die schwerwiegende körperliche Erkrankung (Subarachnoidalblutung) sowie durch wiederholte Zurückweisungen in außerehelichen Beziehungen zu nennen. Zudem hat vermutlich die bevorstehende Rückkehr des Ehemannes die Bindungsambivalenz der Patientin angeheizt.

## **Behandlungsverlauf**

### **Behandlungssetting**

Die Behandlung erfolgte zunächst als stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Neben der antidepressiven Psychopharmakotherapie und den vorwiegend aktivitätsfördernden und tagesstrukturierenden Therapien einer Depressionsstation (Ergo- und Bewegungstherapie, Musiktherapie, Entspannungstraining, Kochgruppe, Psychoedukation in der Gruppe) fanden wöchentliche personzentrierte Einzelgespräche statt. Nach der 10-wöchigen stationären Behandlung wurde die personzentrierte Einzeltherapie im ambulanten Setting (zunächst wöchentliche, später 14-tägige Abstände) über 2 Jahre fortgesetzt.

### **Verlaufsbeschreibung und Therapiekonzept**

Die Beschreibung des Therapieverlaufes soll anhand von Kriterien der Gliederung erfolgen, die bis zu einem gewissen Grade auch Kriterien der Therapieplanung waren. Damit soll nicht gesagt sein, dass ich die gesamte Therapie einschließlich der Reihenfolge des Interventions nach einem vorher festgelegten Plan durchführte. Aber auf der Grundlage von Störungs- und Änderungswissen

erwartete ich, dass etwa zu Beginn der Therapie für die Klientin andere Themen relevant sein würden, als etwa in der Mitte oder am Ende der ursprünglich auf 40 bis 50 Stunden festgelegten Behandlung. Ich ließ mich also vom Konzept verschiedener Therapiephasen leiten (Swildens, 1991). Ein weiteres Vorverständnis bestand neben dieser Prozessorientierung in einer „Inhaltsorientierung“, nämlich insofern ich überhaupt erwartete, dass bei eben dieser Patientin bestimmte Themen in der Therapie relevant werden könnten. Diese Themen (z. B. Selbstwertgefühl, Konkurrenzleben, Identitätssuche) würden sich, so die Grundannahme, auf Inhalte beziehen, die die Klientin selbst zur Sprache bringen würde. Diese Inhalte würden sich zum einen auf das außertherapeutische Verhalten und Erleben der Klientin beziehen. Sie könnten aber auch in verbalisierten Erwartungen der Klientin an mich, also in Aspekten der therapeutischen Beziehung bestehen. Des Weiteren wäre natürlich auch auf nicht ausdrücklich verbalisierte, also nonverbal zum Ausdruck gebrachte Inhalte zu achten.

Angesichts dieser verschiedenen Inhalte und Themen hatte ich mich zu fragen, welches Beziehungsangebot jeweils für die konstruktive Bearbeitung eines Themas angemessen ist. Es ist davon auszugehen, dass unterschiedliche Klassen von Interventionen unterschiedliche Beziehungskonzepte zur Grundlage haben (Finke, 1999). Daraus folgt, dass ich unterschiedliche Muster von Interventionen zu konzipieren hatte, um je nach Situation und Thema das jeweils angemessenste wählen zu können. Dabei folgte ich nicht einer starren Vorab-Festlegung. Das therapeutische Vorgehen ist aber auch nicht ausschließlich intuitionsgeleitet und schon gar nicht von unterschiedsloser Uniformität. Es ist vielmehr an einem insgesamt komplexen Konzept alternierender Beziehungsangebote und den sich daraus ergebenden verschiedenen Interventionsformen orientiert.

Eine schematisierende Schilderung des Behandlungsverlaufes bildet zwar kaum die realen Gegebenheiten einer Psychotherapie in allen Details ab; sie erscheint mir aber trotzdem sinnvoll, um das konkrete therapeutische Vorgehen in unterschiedlichen Therapie-situationen nachvollziehbar zu machen. So wird über den Behandlungsverlauf deutlich, dass in den ersten beiden Therapiephasen ein Beziehungsangebot im Sinne der Alter-Ego-Beziehung die Art meiner Interventionen bestimmt (Rogers, 1973), während in den letzten beiden Therapiephasen die Dialogbeziehung und die daraus abzuleitenden Interventionen wie Konfrontieren und Selbstöffnen (Carkhuff, 1969; Finke, 1999) immer mehr Raum einnimmt. Um die praktische Umsetzung des klientenzentrierten Therapieansatzes durchsichtig zu machen, möchte ich im folgenden nur den Verlauf der Einzeltherapie, die im stationären Setting begonnen und dann ambulant fortgeführt wurde, darstellen.

## Symptomphase

### Depressive Symptomatik

Auf die anfangs immer wieder vorgebrachten Klagen über depressive Verstimmung, Lustlosigkeit, Antriebsschwäche, Konzentrationsstörungen und Todeswünsche intervenierte ich im Sinne des Einfühlenden Verstehens, was zu einer spürbaren Entlastung der Patientin beitrug, da sie in ihrem sozialen Umfeld kaum jemanden erlebte, der mit ihr in das depressive Erleben „eintauchte“. Recht rasch wurden dann die erst unterschwellige, dann offene Vorwurfshaltung und Schuldzuweisungen gegenüber dem Ehemann deutlich. Die sehr misstrauische Patientin schien einerseits zu erwarten, dass ich den verteufelten Ehemann in Schutz nahm, andererseits versuchte sie, mich auf „ihre Seite zu ziehen“. Ich fühlte mich bereits in dieser frühen Therapiephase von Frau T. stark gedrängt, ihre Meinung zu übernehmen. Durch konkretisierendes Verstehen (Finke, 1994) im situativen Kontext („Wenn Ihr Ehemann Sie nicht im Stich gelassen hätte, wären Sie gar nicht an einer Depression erkrankt“) und einfühlendes Aufgreifen von Enttäuschung und Verbitterung konnte eine Therapiesituation entstehen, in der anfängliche Anspannung und Misstrauen allmählich abnahmen. In dieser Phase erschien mir das Angebot der Alter-Ego-Beziehung zur Verdeutlichung und Klärung der vorherrschenden Emotionen und zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung vordringlich.

### Anspruchshaltung, Erwartung bevorzugter Behandlung

Anfangs zeigte sich Frau T. sehr ambivalent bzgl. der stationären Behandlung. Sie äußerte sich enttäuscht über zu seltene Gesprächskontakte, erwartete, dass ich ihr ihre Bedürfnisse von den Augen ablas und für sie sorgte. Sie schien davon auszugehen, eine besondere Patientin zu sein und erwartete wie selbstverständlich eine bevorzugte Behandlung. Auf die Nicht-Erfüllung dieser Erwartungen reagierte sie mit gekränktem Rückzug, Misstrauen und Entwertung. Ich hatte Sorge, dass die Patientin aufgrund des Gefühls von Ablehnung und ungenügender Beachtung die Therapie vorzeitig abbrechen könne. Daher folgte ich teilweise meinem Impuls, ihr doch etwas mehr Zeit als üblich einzuräumen, auch aufgrund meiner Betroffenheit über ihre wirklich tiefe Verzweiflung. Entscheidender für den Fortgang der Therapie war aber sicherlich mein wiederholtes Aufgreifen des Gefühls des Nicht-Wahrgenommen-Werdens und der Enttäuschung (v. a. im Sinne des Einfühlenden Verstehens mit angedeutetem Beziehungsklären). Dies vermittelte der Patientin, dass sie trotz ihrer Entwertungen und des Misstrauens mir gegenüber (ich sei zu jung, könne mich in sie nicht hineinversetzen) ganz akzeptiert und nicht zurückgewiesen wurde. Tiefer liegende Gefühle im Zusammenhang mit ihrer Enttäuschung wie Ärger und Wut auf mich konnte Frau T. zu diesem Zeitpunkt noch nicht symbolisieren, sie lagen noch zu weit außerhalb einer möglichen Gewährleistung.

Auf ein vorsichtiges Ansprechen dieser Gefühle reagierte die Patientin mit Verleugnung oder zog sich gekränkt zurück.

### Neidgefühle, Konkurrenzerleben

Zum Ende der stationären Phase ergab sich parallel zur Rückbildung der Depressivität eine erotisch getönte Beziehungserwartung gegenüber dem Oberarzt der Station. Subjektiv berichtete Frau T. über mehr Lebensfreude und Antrieb, objektiv erschien sie mimisch aufgeheitelt, bemüht um ein anziehendes, gepflegtes Äußeres (Make-up, Frisur, Kleidung) und im Verhalten auf der Station lebendig bis flirtend. In den Einzelgesprächen vermied sie das Ansprechen ihrer erotischen Wünsche und beklagte mit eher geringer affektiver Beteiligung ihre eheliche Situation. Auf das vorsichtige Ansprechen ihrer Beziehungserwartung an den Oberarzt reagierte die Patientin zunächst beschämt und peinlich berührt; während Schamgefühle durchaus im Selbstkonzept der Patientin repräsentiert waren und das verstehende Aufgreifen dieser Gefühle zu einer Entlastung führte, konnte die Patientin ihre zunehmenden Neidgefühle auf mich (als potentielle, zudem noch jüngere „Rivalin um die Gunst des Oberarztes“) zunächst noch nicht symbolisieren. Deutlich wurde aber, dass sie mir ihre eigenen erotischen Wünsche im Sinne einer Projektion unterstellte und mir mehr Chancen auf potentiellen Erfolg zuschrieb. Das akzeptierend-verstehende Aufgreifen führte im weiteren Verlauf dazu, dass die Patientin Gefühle der Benachteiligung, Zurücksetzung und Kränkung in ihr Selbstkonzept integrieren konnte. Da negative Selbstaspekte wie Neid und Rivalität noch völlig außerhalb der Gewährwerdung (Rogers 1987g) der Patientin lagen, scheute ich, das Konkurrenzerleben in der therapeutischen Beziehung durch vermehrtes Beziehungsklären stärker zu betonen. Aus der Rückschau betrachtet fürchtete ich wohl auch, dass eine deutlicher spürbare Rivalität in der therapeutischen Beziehung die gerade entstandene Vertrauensbasis erschüttern könnte.

### Ängste vor Verlassenheit, Einsamkeit

Die Abschiedsphase aus der stationären Behandlung gestaltete sich aufgrund großer Ängste vor Einsamkeit sowie Gefühlen des Verlassenwerdens, der Abstoßung und Zurückweisung als äußerst schwierig. Vermutlich auch aufgrund meiner Befürchtung, die Patientin könne den bisherigen Therapieerfolg in ihrer Kränkungswut zerstören, fühlte ich mich ermuntert, die Behandlung ambulant fortzusetzen. Frau T. fühlte sich durch mein Angebot der Fortsetzung der Einzeltherapie aufgewertet und in ihrer Hilflosigkeit und Einsamkeit gesehen. Noch viele Monate später betonte sie, dass sie ohne mein Angebot vermutlich wieder in eine depressive Verstimmung gerutscht wäre und sich niemals selbst um eine ambulante Therapie gekümmert hätte. Obwohl ich im Nachhinein mein Therapieangebot durch eigene Bedürfnisse mitgeprägt und die damit

verbundene narzisstische Aufwertung der Patientin auch kritisch sehe, glaube ich doch, dass gerade letztere der Patientin über eine entscheidende Misstrauenshürde hinweggeholfen und den Eintritt in eine therapeutische Beziehung erst ermöglicht hat.

### Konfliktphase

#### Mangelnde Empathiefähigkeit, Groll und Rachefantasien

Der bisherige depressive Rückzug wandelte sich allmählich in Unternehmungslust und Aktivitäten. Automatisch geriet Frau T. durch die Wiederaufnahme sozialer Kontakte in zunehmende Konflikte mit Mitmenschen, insbesondere mit dem Ehemann, der nun die baldige Rückkehr zu seiner Frau vorbereitete. In der Auseinandersetzung mit dem Ehemann forderte die Patientin weiterhin meine bedingungslose Unterstützung; Interventionen, in denen ich vorsichtig die Sichtweise des Ehemannes beleuchtete, führten zu gekränktem Rückzug und dem unterschweligen Vorwurf, ich könne die Position der Patientin nicht ausreichend verstehen. Durch Aufgreifen von überdauernden, haltungsprägenden Emotionen der Patientin („Sie hassen ihren Mann, weil er sie durch seinen Wegzug damals im Stich gelassen hat“) und selbstreflexiven Gefühlen („Sie hätten gern eine gute Ehe geführt, dass Ihnen das nicht gelungen ist, erleben Sie fast als Makel“) konnte Frau T. ihre Sorge, ich könne mich „auf die Seite des Ehemannes schlagen“, reduzieren.

Auf die nun zunehmenden Rache- und Aggressionsfantasien der Patientin gegen ihren Ehemann und andere näher stehende Bezugspersonen reagierte ich innerlich zunächst mit Sorge und der Befürchtung, die Patientin könne ihre außertherapeutischen Beziehungen verlieren (und damit vielleicht abhängiger von der therapeutischen Beziehung werden). In der Rückschau neigte ich, wie offenbar viele Gesprächspsychotherapeuten (Gutberlet, 1990) dazu, aggressive Impulse der Patientin sofort mit dahinter vermuteten Schuldgefühlen zu verbinden, was wohl eher meinen persönlichen Einstellungen entsprach und bei der Patientin zu Irritation und dem Gefühl des Nicht-Verstandenwerdens führte. Auch schienen die Rachewünsche immer mehr Raum einzunehmen, was meine Sorge wiederum verstärkte. Erst nach meiner Gewährwerdung dieses Prozesses in der Supervision gelang es mir, auch die aggressiven Anteile der Patientin zu akzeptieren, so dass ich dann die organismischen Gefühle von Wut und Rachewünschen angemessen und wertschätzend aufgreifen konnte. Während Frau T. nun in der Therapie deutlich mehr Aggressivität äußerte, kam es in den außertherapeutischen Beziehungen zu einer langsamen Abnahme des feindseligen und beziehungs-schädigenden Verhaltens. Die Patientin kam nun selbst (und nicht mehr von mir „auferlegt“) zu der Auffassung, dass sie sich mit der Umsetzung ihrer Rachefantasien langfristig selbst schade. In Konflikten neigte sie weniger zu gekränktem Rückzug, wog Konsequenzen ab und konnte sich in die Motive Anderer besser einfühlen.

### **Wünsche nach idealer Liebe und Beziehung**

In Bezug auf die Verliebtheit in den Oberarzt der Station fiel auf, wie lange Frau T. an diesem real nicht erreichbaren „Traumpartner“ festhielt. Während mein Aufgreifen der damit verbundenen angenehmen Gefühle (des Verliebtseins, der erwachenden sexuellen Bedürfnisse, der Sehnsucht nach Zärtlichkeit) zu einer Festigung des Vertrauensverhältnisses zwischen der Patientin und mir führte, wurden mir im Verlauf die ausgeprägten Näheängste der Patientin immer deutlicher. Frau T. schien alle negativen Eigenschaften ihrem Ehemann zuzuschreiben, von dem sie sich aggressiv abgrenzte, während sie alle positiven Eigenschaften auf einen unerreichbaren Traumpartner projizierte. Ich intervenierte anfangs vorsichtig, im Verlauf dann immer häufiger im Sinne des Aufgreifens von überdauernden, nur sehr verzerrt symbolisierten Gefühlen (Finke 1994), wie den Ängsten vor Zurückweisung und den damit verbundenen Autonomiebedürfnissen. Als ich nach einer langen Zeit schon gar nicht mehr mit einer Änderung rechnete (und dann wohl die Haltung der Patientin ganz akzeptierte), konnte sie sich eingestehen, dass sie dem betreffenden Oberarzt Eigenschaften ihrer Wunschvorstellungen zuschob, die vermutlich gar nicht der Realität entsprachen. In Ansätzen nahm sie Abschied von ihren Vorstellungen von idealer Liebe („Tiefe Lieben bleiben immer unerfüllt“, Zitat der Patientin), deren Kennzeichen die Unerreichbarkeit war.

### **Beziehungsphase**

#### **Wünsche nach bedingungsloser Unterstützung und Nähe sowie Autonomie**

Während Frau T. mich zuvor geradezu zur Übernahme ihres Bezugssystems gedrängt hatte, provozierte sie nun immer häufiger Bewertungen und Stellungnahmen meinerseits zu ihrem Denken, Fühlen und Handeln. In der Vorstellung, dass sich die Patientin meiner stabilen positiven Wertschätzung versichern wollte, intervenierte ich zunehmend mit Beziehungsklären (Carkhuff 1969, von Kessel/von der Linden 1993) („Wenn ich Ihr Verhalten nicht guthieße, würde Sie das total verunsichern“). Dies erbrachte jedoch nicht die erwartete „Entspannung“, sondern es entstanden im Verlauf geradezu Machtkämpfe darum, ob ich nun meine persönliche Meinung kundtun werde oder nicht. Eine Zeitlang fühlte ich mich dem Drängen der Patientin fast hilflos ausgesetzt, später ärgerte ich mich, was ich im Sinne des Selbstöffnens einbrachte („Ich bin verunsichert, ob ich Ihrem Drängen nachgeben soll oder nicht“; „Es irritiert mich, dass Sie mich so in einen Machtkampf drängen“). Hierdurch konnte eine weitere Auseinandersetzung der Patientin mit ihren Bedürfnissen zwar gefördert werden; erst im Verlauf wurde mir jedoch das Ausmaß der Wünsche nach Nähe, Ähnlichkeit und Beziehung zu mir deutlich, so dass durch das fehlende explizite Aussprechen dieser Bedürfnisse deren vermeintliche

„Unangemessenheit“ im Raume stehen blieb und aus meiner jetzigen Sicht zu der zunehmenden Gereiztheit der Patientin beitrug. Obwohl mir der narzisstische Konflikt der Patientin (genauso jung, sozial situiert und vermeintlich begehrenswert sein zu wollen wie ihre Therapeutin) einerseits deutlich vor Augen stand, schien ich diesen in Bezug auf meine Person nicht ausreichend zu gewichten und verstand daher auch nicht die sich schon hier andeutenden Versuche der Patientin, sich aggressiv von mir abzugrenzen.

Da ich selbst die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in ihrer tiefen Ambivalenz für die Patientin unterschätzte, ist es nicht verwunderlich, dass sich auch Frau T. diese nicht eingestehen konnte. Meine Abwehr verstärkte hier also vorübergehend auch die der Patientin. Auf Zeiten meiner Abwesenheit reagierte sie vordergründig gelassen und versicherte sich im Nachhinein ihrer Autonomie durch Terminabsagen ihrerseits, was mir jedoch erst später deutlich wurde. Ihre Wünsche nach uneingeschränkter Zuwendung und ihre Verlassenheitsgefühle konnte sie nur inadäquat durch somatische Beschwerden oder depressive Einbrüche ausdrücken. Hierbei verbalisierte die Patientin selbst Zusammenhänge mit Kränkungen und Zurückweisungen in der Umgebung, die ich – verführt durch die Freude über die überraschende Selbsterkenntnis – aufgriff, ohne jedoch die Krisen der Patientin auf mich zu beziehen. Zwar erlebte die Patientin durch Einfühlerndes Verstehen und Akzeptanz kurzfristiger depressiver Einbrüche weiterhin Halt in der therapeutischen Beziehung. Im Rückblick hätte hier aber ein intensiveres Beziehungsklären („Sie wünschen sich, dass ich immer für Sie da wäre“) und Selbsteinbringen („An Ihrer Stelle würde ich mich von meiner Therapeutin auch im Stich gelassen fühlen“) in dieser Phase schon eine Erweiterung des Selbstkonzeptes mit Akzeptanz kindlicher Bedürfnisse ermöglicht.

#### **Nähe-Distanz-Konflikt, Abgrenzung**

Die Ambivalenz der Patientin in Beziehung zu mir äußerte sich im weiteren Verlauf durch vorsichtige, versteckte Entwertungen (z. B. meines Urlaubszieles oder der Einrichtung meines Arbeitszimmers) im Wechsel mit freundschaftlichen Beziehungswünschen (Gespräche über Sexualität, die vorher extrem schambehaftet waren). Da ich nach Gewährleistung der Beziehungsanspielungen diese nun stärker aufgriff („Es tut Ihnen gut, auch mal etwas Hässliches an mir zu finden“, „Sie wünschen sich, dass wir auch außerhalb der Therapie Freundinnen sein könnten“) und auch die widersprüchlichen Bedürfnisse der Patientin akzeptierte, entwickelte sich die therapeutische Beziehung langsam zu einer Dialogbeziehung. Mit der Zunahme meiner beziehungsklärenden und selbsteinbringenden Interventionen wuchs die Sicherheit der Patientin (und auch meine) in der therapeutischen Beziehung. Nun wurde ich mutiger, konfrontativer, z. B. durch Mitteilen einer alternativen Erlebnisweise, zu intervenieren („An Stelle Ihres Mannes wäre ich auch verletzt gewesen“). Frau T. reagierte auf solche Interventionen

zunächst mit dem Vorwurf, ich stünde nun doch – wie zu Beginn der Therapie argwöhnisch von ihr vermutet – auf Seiten ihres Ehemannes (oder anderer relevanter Bezugspersonen). So wurde ein ständiges Pendeln zwischen Einfühelndem Verstehen, Beziehungsklären („Sie haben Angst, ich könnte mich von Ihnen abwenden“) und Anbieten alternativer Sichtweisen notwendig. Allmählich konnte Frau T. meine angebotene Sichtweise als eine andere, nicht gegen sie gerichtete Wahrnehmung akzeptieren. Im Verlauf gelang es ihr zunehmend, alternative Einstellungen in ihr Selbstkonzept aufzunehmen (z. B. indem sie erstmalig positive Eigenschaften ihres Ehemannes erwähnte) und wurde flexibler und kompromissfähiger im Umgang mit ihrem Ehemann (indem sie ihm z. B. die Einrichtung eines eigenen Zimmers in ihrer Wohnung überließ und diese später „sogar“ positiv bewertete). Immer wieder wurden jedoch im Zusammenhang mit der Rückkehr des Ehemannes aus Süddeutschland die ausgeprägten Näheängste der Patientin deutlich, die sie aufgrund der fehlenden räumlichen Distanzierungsmöglichkeit nur sehr verzerrt durch aggressive Abgrenzung, Entwertung und Verletzung ihres Mannes symbolisieren konnte. Ähnliches wiederholte sich auch in den außerehelichen Beziehungen, die sie während der Therapie eingegangen war; bei zu starker Annäherung der Partner reagierte Frau T. kränkend und entwertend; der darauf folgende Rückzug der Partner löste bei ihr wiederum Depressivität aus, in der sie sich meine Tröstung und Zuwendung wünschte. Durch geduldiges Einfühelndes und Selbstkonzeptbezogenes Verstehen mit zunehmendem Aufgreifen der tief liegenden Ängste vor Zurückweisung und Kränkung sowie Wünschen nach Unabhängigkeit konnte sich Frau T. am Ende dieser Therapiephase ihre eigenen Distanzierungswünsche und Autonomiebedürfnisse besser eingestehen. Während sie vorher ihre eigenen Näheängste nur auf den Ehemann projizierte und ihm die Verantwortung für die räumliche Trennung zuschob, plante sie nun angesichts der ständigen Konflikte mit dem Ehemann ihrerseits ein Leben in getrennten Wohnungen.

## Abschiedsphase

### Abschied von der Therapeutin, Trennungsängste

Als ich ca. 6 Monate vor dem vereinbarten Therapieende den bevorstehenden Abschied thematisierte, machte Frau T. deutlich, dass sie aufgrund von Trennungsängsten am liebsten nicht daran denken oder darüber sprechen wolle. Sie schien von einer „lebenslangen Therapiewilligkeit“ meinerseits, die nur durch äußere Umstände gestört wird, auszugehen und die Verantwortung für den Abschied mir überlassen zu wollen. Durch vermehrte Interventionen im Sinne des Selbstöffnens („Mir fällt es auch schwer, mich von Ihnen zu verabschieden“, „Ich werde traurig bei dem Gedanken, dass wir uns nicht mehr regelmäßig sehen“) und des Beziehungsklärens („Eigentlich erwarten Sie, dass ich Sie für immer weiterbehandle“; „Sie fühlen sich trotz unserer Vereinbarung über das Therapieende

von mir weggestoßen und verlassen“) konnte sich die Patientin erlauben, offen über ihre Trennungsängste und Symbiosewünsche zu sprechen („Hier ist mein zweites Zuhause, ich möchte bis an mein Lebensende zu Ihnen kommen“). Zwischenzeitlich musste sie sich auch wieder ihrer Autonomie versichern, indem sie kurzfristig Termine absagte, oder ihre Bedeutung für mich überprüfen, indem sie eine bevorzugte Behandlung erwartete (indem sie die therapeutische Beziehung dazu auszunutzen hoffte, in einer internistischen Behandlung gesonderte Termine zu erlangen, für die ich mich einsetzen sollte). Die beziehungsklärenden („Wenn ich mich jetzt für Sie einsetzte, wären Sie sich sicherer, dass ich immer zu Ihnen stünde“) und selbstöffnenden Interventionen („Ich fühle mich von Ihnen bedrängt und auch etwas ausgenutzt“) führten dazu, dass die Patientin ihre Enttäuschung und ihren Ärger über mich offen ansprechen und die Nicht-Erfüllung ihrer Erwartungen zwar als ungestilltes Bedürfnis, aber nicht als Beziehungsverlust erleben musste.

### Bilanz, Trauer, Wiederaufflackern der Symptome

In der Bilanz der Therapie erlebte Frau T. insbesondere die Förderung der Selbstexploration („Ich habe erzählt, was mir einfiel, und Sie haben eigentlich nur zugehört“) und die bedingungslose Akzeptanz „jeglicher Themen“ als hilfreich. Sie empfand eine Selbstwertstabilisierung, eine verbesserte Fähigkeit zur offenen Durchsetzung eigener Bedürfnisse und auch eine stärkere Kompromissbereitschaft.

Während ich in den letzten Behandlungswochen einen depressiven Einbruch erwartet hatte und diese Möglichkeit auch immer wieder mittels Organismusbezogenen Verstehens thematisierte, neigte die Patientin zur Abwehr von Trennungsängsten und Depressivität, indem sie Strategien zur Gegenregulation entwickelte (Ablenkung durch Urlaubsplanung und Freizeitaktivitäten). Ihre Hilflosigkeitsgefühle symbolisierte sie verzerrt in körperlichen Symptomen (Kreislaufbeschwerden, Ohnmacht, Rückenschmerzen). Trotz des offensichtlichen Bemühens der Patientin um eine gute Fassade war es ihr doch in der Therapie immer wieder möglich, sich durch geduldiges Konkretisierendes und Organismusbezogenes Verstehen ihrer tief liegenden Bedrohungs- und Verlassenheitsgefühle gewahr zu werden. Ich wiegte mich also in scheinbarer Sicherheit und Erleichterung über den so gut verlaufenden Abschiedsprozess – bis Frau T. in der letzten Stunde (also zu dem Zeitpunkt, an dem ich nicht mehr sehr viel tun konnte) schwer depressiv, gestützt von einer Freundin und „wie ein begossener Pudel“ bei mir erschien (das Äußere der Patientin erinnerte mich sofort an unsere erste Begegnung zu Beginn der Behandlung). Ich spürte Enttäuschung und Ärger in mir aufsteigen über diese vermeintliche Inszenierung einer Situation, in der ich die Verantwortung für die Abstoßung und Abweisung einer hilflosen Person übernehmen sollte. Im Gespräch erinnerte ich mich dann daran, wie häufig die Patientin im Verlauf der Therapie geäußert hatte, sie könne mein Zimmer nicht weinend

verlassen – und das wäre ja angesichts der Abschiedssituation der Fall gewesen. So akzeptierte ich schließlich, dass sich die Patientin nur mit dem in Depressivität verzerrt symbolisierten Ausdruck von Schmerz und Trauer von mir ablösen konnte.

## Diskussion

### Ergebnisse der Behandlung

Gut erreicht:

- Selbstwertstabilisierung
- Verbesserung der Selbstwahrnehmungs- und Empathiefähigkeit
- Verbesserung der Kompromissbereitschaft
- Verminderung der Neigung, Bedürfnisse Anderer als gegen sich gerichtet zu empfinden
- Verbesserung des Erlebens von Selbstwirksamkeit

Nicht oder nur unzureichend erreicht:

- Symbolisierung von Neid- und Hassgefühlen
- Symbolisierung von Nähe- und Autonomiebedürfnissen
- Verminderung von Anspruchshaltung und Erwartung bevorzugter Behandlung

### Beziehungsdynamik – Wirkfaktoren – alternative Vorgehensweisen

Das Beziehungsangebot einer Alter-Ego-Beziehung, also ein Intervenieren aus einer konsequenten Haltung des Einfühlenden Verstehens, stand zu Beginn im Vordergrund der Behandlung. Insbesondere im Hinblick auf das starke Misstrauen und die erhöhte Kränkbarkeit der Patientin schien mir dies zunächst auch ein angemessenes Vorgehen, da ich befürchtete, dass die Patientin mit ihrer narzisstischen Struktur bei zu früh eingesetzten, konfrontierenden Interventionen zum Therapieabbruch neigen und über einen längeren Zeitraum meine positive Wertschätzung zur Selbstwertstabilisierung benötigen würde.

Ich intervenierte also im Sinne des Einfühlenden Verstehens und griff schon bald selbstreflexive (vor allem Schamgefühle) sowie wenig symbolisierte, z. T. überdauernde Gefühle bzw. Grundstimmungen auf (das waren v.a. Gefühle der Zurücksetzung, Benachteiligung, Kränkung, Verbitterung und Enttäuschung). Die Patientin profitierte spürbar von diesen Interventionen und reagierte mit einer guten Selbstexploration.

Als Neid, Konkurrenz erleben, aggressive Fantasien und hiervon geprägte Beziehungsanspielungen mehr Raum einnahmen, wäre ein rascheres Eintreten in das Beziehungsklären in der Rückschau vermutlich angemessener gewesen. Ein Grund für mein Zögern lag in der Sorge, dass verstärktes Beziehungsklären zu Irritation der stark kränkbar Patientin und damit vielleicht zum Therapieabbruch geführt hätte. Ein zweiter Grund ist aber auch in meiner anfangs

noch ausgeprägteren Unsicherheit im therapeutischen Vorgehen zu sehen; mit zunehmender „Therapieerfahrung“ fiel mir das Wahrnehmen von Beziehungsanspielungen, meiner eigenen emotionalen Resonanz und deren Umwandlung in patientenbezogene Interventionen des Selbsteinbringens und Beziehungsklärns wesentlich leichter. In der eher „späten“ Phase hatte mein Beziehungsangebot nun häufiger die Form einer Dialogbeziehung und ich intervenierte eher konfrontierend im Sinne des Mitteilens einer alternativen Erlebnisweise („An Ihrer Stelle wäre ich ...“) sowie des Mitteilens von Ärger oder Irritation meinerseits. Aufgrund der ausgeprägten Selbst- und Beziehungsunsicherheit der Patientin war jedoch auch hier immer ein Oszillieren zwischen konfrontierendem Selbstöffnen einerseits und stützendem Selbsteinbringen andererseits (etwa als Mitteilen von tröstender Ähnlichkeit: „Mir ist es auch schon einmal ähnlich ergangen ...“) notwendig. Hierbei wechselte ich auch immer wieder in eine Position des Einfühlenden Verstehens. Daneben intervenierte ich nun zunehmend beziehungsklärend durch Aufgreifen von Beziehungsanspielungen und -ansprachen der Patientin (dies waren v. a. Wünsche nach Nähe und bedingungsloser Unterstützung sowie Neidgefühle und Abgrenzungstendenzen). Die Erweiterung meines eigenen Interventionsspielraumes verbesserte dann auch den Aktualisierungsspielraum der Patientin. Im Hinblick auf die eingeschränkte Symbolisierungsfähigkeit von Autonomie- und Abhängigkeitswünschen sowie von Hass- und Neidgefühlen war die Phase der Dialogbeziehung in der bilanzierenden Rückschau zu kurz – dies erklärt auch die Abschiedsreaktion der Patientin und mein Gefühl, dass die Therapie noch nicht ganz abgeschlossen war.

Ich möchte daher die personenzentriert-psychotherapeutisch tätigen Leser und Leserinnen ermutigen, in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere mit narzisstischer Struktur, frühzeitig im Sinne des Beziehungsklärns und des Selbstöffnens zu intervenieren. Gerade narzisstisch-strukturierte Patienten sind aufgrund ihrer Selbstwertproblematik und ihrer Beziehungsunsicherheit häufig irritiert, wenn sie durch ein sehr konsequentes Intervenieren im Sinne des Einfühlenden Verstehens zu stark auf sich selbst zurückverwiesen werden. Sie benötigen im besonderen Maße die Vergewisserung, auch in ihren Beziehungserwartungen an den Therapeuten verstanden zu werden, und ein Gegenüber, das sich als Beziehungspartner stärker transparent macht und ihnen so immer eine klare Rückmeldung hinsichtlich der jeweiligen interaktionellen Situation gibt.

Abschließend möchte ich noch einige Bemerkungen zu meiner eigenen emotionalen Resonanz auf die Patientin machen.

Anfänglich empfand ich Mitgefühl und ehrliche Betroffenheit über die tiefe Verbitterung der Patientin und ihr Erleben von Zurücksetzung, Benachteiligung und Kränkung. Daraus entwickelte sich wohl mein Wunsch, dieses Mangel erleben zu kompensieren und Frau T. in der Therapie nun endlich eine verlässliche und wertschätzende Beziehung anzubieten. Im Verlauf spürte ich dann Angst vor

der nun immer deutlicher werdenden Aggressivität und Destruktivität der Patientin, deren möglichen Konsequenzen ich ambivalent gegenüber stand – einerseits fürchtete ich eine Destruktion der therapeutischen Beziehung, andererseits war mir der Gedanke an eine stärkere Abhängigkeit der Patientin von meiner Person durch Zerstörung ihrer außertherapeutischen Beziehungen unangenehm. Erst nach einer Zeit des mir selbst kaum bewußten Abwehrens des Beziehungsangebotes der Patientin (durch immer stärkeres Zurücknehmen meiner Person) wurde ich mir in der Supervision dieser Prozesse gewahr. Durch das Wahrnehmen und Akzeptieren meiner eigenen Ambivalenz konnte ich der Patientin nun transparenter und kongruenter gegenüber treten.

Später spürte ich dann jedoch noch gelegentlich Ärger über die Erwartungs- und Anspruchshaltung der Patientin sowie ihre drängelnden Fragen nach meinen persönlichen Einstellungen. Es war hier wohl eine gewisse Neidhaltung mir gegenüber, die ich bei diesen Fragen zu spüren glaubte, die mich irritierte und so meine Möglichkeit zum Verstehen und angemessenen Intervenieren anfangs blockierte. Durch diese Beziehungsabwehr war ich natürlich in der Gefahr, die oben genannten negativen Beziehungserfahrungen der Patientin erneut zu bestätigen und damit mein eigenes Ziel zu sabotieren. Für mich war es dann ein weiterer Entwicklungsschritt in der Therapie, diesen Neid und das hiermit verbundene narzisstische Rivalisieren als für das Selbstwerterleben der Patientin bedeutsam auch anzuerkennen. So gelang es mir, zunehmend gelassener im Sinne des Beziehungsklärens und Selbstöffnens angemessen zu intervenieren.

Man könnte bestimmte Aspekte des Verhaltens der Patientin auch als einen unausdrücklichen Beziehungstest interpretieren, den ich nur über die Mühen der eigenen Selbstexploration und der Symbolisierung meiner vielschichtigen emotionalen Resonanz auf die Patientin einigermaßen bestanden habe. Für das Bestehen dieses Testes war aber auch ein zunehmend sich vertiefendes Störungswissen bedeutsam, womit ich nicht nur ein rein theoretisches Wissen, sondern auch eine reflektierte „Störungserfahrung“ meine.

## Literatur

- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations. Vol. I.* New York, Chicago: Holt, Rinehart and Winston.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart, New York: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie.* Stuttgart, New York: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (1999). Psychotherapiemanual: Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. *Psychotherapeut* 44, 101–107.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162) Wien, New York: Springer.
- Gutberlet, M. (1990). Wut, Haß, Aggression in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschr.*, 78, 26–30.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths on psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110–136.
- Rogers, C. R. (1987g). The underlying theory. Drawn from experience with individuals and groups. *Counseling and Values [Special issue on Carl R. Rogers and the person-centered approach to peace]*, 32, 1, 38–46.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differenzielle Inkongruenzmodell.* Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.* Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 30, 4, 241–254.
- Von Kessel, W. & von der Linden, P. (1993). Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschr.*, 90, 19–32.

## Autorin:

*Annette Murafi, Dr. med., Ärztin in Weiterbildung für den Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, arbeitet in den Rheinischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Essen / Universitätsklinikum Essen.*

## Korrespondenzadresse:

*Dr. Annette Murafi  
Schönebeckerstraße 112  
D-45359 Essen  
E-Mail: dr\_murafi@psychofreunde.de  
Internet: www.psychofreunde.de*