

Franz Berger

# Veränderungsepisoden und Bedeutungskonstruktion im personzentrierten Therapieprozess

**Zusammenfassung:** *Woran erkennt der Praktiker<sup>1</sup> während eines Therapieverlaufs unter den vielfältigen Phänomenen jene Veränderungen, die für den Therapieverlauf bedeutsam sind? Letztere sind für den Autor keine objektiven Gegebenheiten, sondern komplexe Konstruktionen in Form von Erzählungen und Wahrnehmungskonfigurationen. Orientierungsraster für Veränderungswahrnehmungen und -schlussfolgerungen leitet der Autor aus der personzentrierten Therapietheorie ab, er bezieht sich dabei auf Prozess- und Therapieziele. Als Indikatoren gelten etwa so konkrete Phänomene wie die Zunahme der Selbstexploration und die Vertiefung des Experiencing, aber auch weit abstraktere wie zum Beispiel die Reduktion der Inkongruenz oder die Veränderung des Selbstkonzepts. In den einzelnen Therapiephasen sind Veränderungssignale unterschiedlich bedeutsam. Veränderungen im Therapieprozess werden als Muster manifest. Illustriert werden diese anhand einer Reihe von änderungsbezogenen Therapieausschnitten aus dem Kontext der Studierendenberatung.*

**Schlüsselwörter:** *Personzentrierte Psychotherapie, therapeutische Episoden, Bedeutungskonstruktion, Therapieziel, Prozessvariable, Therapiedokumentation, Studierendenberatung*

**Résumé :** *Episodes de changement et construction de sens dans le processus thérapeutique centré sur la personne. A quoi le praticien reconnaît-il, parmi les multiples phénomènes qui se produisent au cours d'une thérapie, les changements qui sont significatifs pour le déroulement de la thérapie ? Ces derniers ne sont pas pour l'auteur des faits objectifs, mais des constructions complexes sous la forme de récits et de configurations de perceptions. L'auteur en déduit un schéma d'orientation pour les perceptions et les conclusions de changements de la théorie de la thérapie centrée sur la personne; il se réfère pour cela à des objectifs de processus et de thérapie. Sont pris en compte comme indicateurs, par exemple, des phénomènes aussi concrets que l'augmentation de l'auto-exploration et l'approfondissement de l'experiencing, mais aussi des notions beaucoup plus abstraites telles que, par exemple, la réduction de l'incongruence ou l'évolution du concept de soi. Dans les différentes phases de la thérapie, les signaux de changement sont diversement significatifs. Les changements dans le processus thérapeutique deviennent manifestes en tant que modèle. Ils sont illustrés en s'appuyant sur une série d'extraits de thérapies axées sur la transformation, extraits tirés du contexte du conseil aux étudiants.*

**Mots-clés :** *Psychothérapie centrée sur la personne, épisodes thérapeutiques, construction de sens, objectif de la thérapie, processus variable, documentation sur la thérapie, conseil aux étudiants*

**Abstract:** *Episodes of change and construction of meaning in the person-centred therapy process. What enables a professional in the course of therapy to distinguish, among the manifold phenomena that occur, those changes which are meaningful for the therapy process? For the author these are no objective facts, but complex constructions in the form of narratives and configurations of perception. On the basis of the person-centred theory of therapy, the author derives orientation frameworks for the perception of and conclusions about changes. In this he refers to the goals of the process and of therapy. Indicators are concrete phenomena like increasing self-exploration and the deepening of experiencing, but also much more abstract elements like, for example, the reduction of incongruence or the change of the self-concept. In the individual phases of therapy the signs of change are significant in different ways. Changes in the therapy process become evident as patterns. These are illustrated by a series of therapy excerpts focused on change and coming from the context of student counselling.*

**Keywords:** *Person-centred psychotherapy, therapeutic episodes, construction of meaning, therapy goal, process variable, therapy documentation, student counselling*

1 Um Doppelformulierungen bei geschlechtsspezifischen Wörtern zu vermeiden, verwende ich in diesem Artikel die weibliche und die männliche Form alternierend.

*„Experiential theory is dialectically constructivist in nature, emphasizing that change is an inherent aspect of all systems, that meaning is created by human activity, is created in dialogue, is constrained by a bodily felt emotional experience, and ultimately is created by synthesis of experience and symbol.“*  
(Greenberg / Watson / Lietaer 1998, 453)

## 1. Zur Konstruktion von Veränderungsgeschichten

Veränderungen sind alltäglich in unserem Leben und unserer Umwelt, bloss<sup>2</sup> bemerken wir dies nicht immer oder erst nach einer gewissen Zeit, und wir lassen uns auch leicht täuschen: Wir glauben, dass es die Sonne ist, die untergeht, und wir wähnen uns in Bewegung, wenn im Bahnhof ein Zug in Gegenrichtung wegfährt. Veränderung an sich ergibt noch keinen Sinn. Um im Alltag oder im Kontext einer Therapie ‚wirkliche‘ Veränderungen oder ihr Ausbleiben festzustellen und ihre Bedeutung zu erkennen, bedarf es eines invarianten Bezugspunktes. Ich bin lebendig am Veränderungsprozess der Klienten beteiligt und verändere mich mit. Ein Orientierungsrahmen, gebildet aus dem Änderungswissen der personzentrierten Therapietheorie, aus Erkenntnissen der Psychotherapieforschung und meiner selbst in meinem gewordenen Selbstverständnis, meinem Selbst-‚Konzept‘ erlaubt mir, meine Wahrnehmungen zu validieren. Ich kreierte so aktiv meine Wahrnehmungen, in sie geht mein Vorverständnis über Realität ein. „Wir tragen Wahrnehmungserwartungen an die Umgebung heran“ (Grawe 1998, 182), wir interpretieren Wahrnehmungskonfigurationen im Sinn einer Intention, zum Beispiel auf dem Hintergrund therapeutischer Ziele. Offen bleibt, wie ‚wirkliche‘ therapeutische Veränderungen (vgl. „significant change events“, Elliott 1984) von normalen oder zufälligen Variationen des menschlichen Erlebens und Verhaltens einerseits, von Variabilität aufgrund anderer Einflussfaktoren andererseits unterschieden werden können.<sup>3</sup> Wenn sich Menschen im Alltag in häufigen und intensiven Kontakten über ihre Erlebnisse, Werte und Ziele austauschen, vertieft sich ihre Beziehung. Sie erleben unter guten Bedingungen eine positive Veränderung, aber sind diese deswegen schon ‚therapeutisch‘? Ich sehe noch weitere Schwierigkeiten: Unsere Kenntnis von Veränderungen der Klientinnen stammen teilweise aus der unmittelbaren, aber – wie eben ausgeführt – nicht fehlerfreien Beobachtung im therapeutischen Kontakt, teilweise aus Schilderungen der Klientinnen selbst aus ihrem Alltag. Solche Aussagen sind ‚Texte‘ in einem spezifischen ‚Kontext‘, sie sind Konstruktionen (Angus / Hardtke 1994).

2 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

3 Elliott (2001) beschrieb kürzlich eine hermeneutische Methode zur Validierung von Veränderungen.

Veränderungsbezogene Berichte sind Erzählungen, in denen ‚Texte‘ in eine Reihe und eine Beziehung zueinander gebracht werden, wir haben es hier mit hochkomplexen Konstruktionen zu tun.

Der Weg von der alltäglichen Beobachtung über ‚sichere‘ Aussagen bis zur Formulierung einer empirisch überprüfbarer Veränderungstheorie ist noch lange nicht abgeschritten. Unablässiges Sammeln von Beobachtungen und Erlebnisberichten, das dürfte deutlich geworden sein, führen nicht zu einem Verstehen des Veränderungsprozesses und seiner Facetten. Dazu bedarf es der nachvollziehbaren Konstruktion von Beziehungen zwischen den Daten und eines intersubjektiven Dialogs. Ich hoffe, dass meine Episodenschilderungen, respektive Erzählungen aus der Praxis der Studierendenberatung nachvollziehbar sind und ‚geteilte Wirklichkeit‘ herzustellen vermögen. Vorweg fasse ich einige veränderungsbezogene Raster zusammen, welche eine Orientierung bei der Wahrnehmung von therapeutischen Phänomenen erleichtern.

## 2. Veränderungsziele und Prozessveränderungen im Kontext der Personzentrierten Psychotherapie

„Wir haben auf klinischem und auf statistischem Weg herausgefunden, dass sich *ein voraussagbares Muster* der therapeutischen Entwicklung einstellt. (...) Wir wissen heute“, schreibt 1946 Carl Rogers selbstbewusst und programmatisch, „wie eine *komplexe und voraussehbare Kette von Ereignissen* eingeleitet wird.“ (Rogers 1946c, 416)<sup>4</sup> Ich fasse die von ihm genannten therapiebedingten Wirkungen wie folgt zusammen: Der Klient wird über seine handlungsmotivierenden Einstellungen sprechen und seine Einstellungen und Reaktionen umfassender explorieren als bisher, und er wird auf Aspekte dieser Einstellungen stossen, die er bisher verleugnet hat. Er wird seine Einstellungen besser verstehen und sich mehr akzeptieren. Dabei ist nicht wichtig, ob er dieses bewusstere Verstehen seiner selbst und seines Verhaltens verbalisiert oder nicht. Mit geschärfter Selbstwahrnehmung wird er sich aus eigener Initiative und in eigener Verantwortung neue Ziele setzen, die befriedigender sind als die bisherigen, und er wird ein Verhalten wählen, das ihn zu diesen Zielen führt. Er ist weniger angespannt, spontaner, mehr in Übereinstimmung mit den sozialen Bedürfnissen der anderen. Es wird „ein Schritt vorwärts im Leben des Individuums“ sein. Rogers nennt zwei globale Bereiche, auf welche die Therapie verändernd zielt: auf die Reorganisation der Einstellungen und – vielleicht überraschend – auf die Neuausrichtung des Verhaltens (ebd. 422).

Die neuere Psychotherapieforschung hat diesen Katalog der Veränderungskriterien bestätigt und differenziert. Die Vorstellung, dass sich Veränderungen in Mustern äussern, vertritt zum Beispiel

4 Übers. und Hervorh. F. B.

Grawe (1992, 147): „Die Wirkungen von Psychotherapie müssen ganz prinzipiell als ein zusammenhängendes Muster von untereinander in funktionalen Wechselwirkungen stehenden Veränderungen konzipiert werden, anstatt als eine additive Ansammlung voneinander unabhängiger Einzeleffekte.“ Rice/Greenberg (1984) berichten in „Patterns of Change“ Untersuchungen zu Veränderungsmustern. Es wurden beispielsweise Schlüsselereignisse in der Therapeut-Klient-Interaktion<sup>5</sup> untersucht und signifikante Veränderungsmomente analysiert<sup>6</sup>. Änderungen im Kontext der Personzentrierten Therapie – das wird dabei deutlich – werden nicht prioritär auf der Ebene der Symptome und auch nicht auf jener der Persönlichkeitsstruktur erwartet, sondern auf der Ebene „der Prozesse, welche die Wahrnehmung und das Erleben steuern“ (Eckert 1996, 183). Grawe (1998, 90) weist darauf hin, dass Klientinnen „prozessuale Fähigkeiten“ erwerben: Sie lernen, ihre Wahl- und Entscheidungsprozesse besser zu steuern. Allgemeiner gefasst zeigen sich Veränderungen in der Reduktion von Inkongruenz im Erleben respektive in der Veränderung des Selbstkonzepts. Klienten entwickeln Selbstempathie, werden gewahr, was sie ändern möchten, gewinnen Energie, um etwas zu ändern und finden einen unmittelbareren Zugang zu ihrem Erleben in seiner Vielfalt (Greenberg/Rice/Elliott 1993, 147). Wenn eine Klientin entspannt und fröhlich von positiven Erlebnissen erzählt, ist dies nicht nur ein (symptombezogener) Hinweis, ‚dass es ihr besser geht‘, sondern und erstrangig ein Ausdruck der selbstinitiierten Fähigkeit, positive Erlebnisse zu schätzen, sie als Ressource zu nutzen und die Kommunikation darüber als Energiequelle zu genießen.

Vertiefung des Experiencing ist der zentrale Indikator für Veränderung. Aus personzentrierter Perspektive richtet die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit in der Therapie weniger auf erwartete Muster als auf die Variation des Erlebens von Moment zu Moment<sup>7</sup>, dies in Konsequenz zur therapeutischen Aufgabe, wie sie etwa Greenberg/Watson/Lietaer (1998, 452) für die Experientielle Psychotherapie formuliert haben: „The most global task of experiential therapy is that of deepening clients' experiencing. (...) The specific tasks thus all involve deepening experiencing, but each one involves a variety of processes for achieving this in different problem contexts.“ Für Rogers bewirken die therapeutischen Bedingung u. a. eine *Vertiefung der Kommunikation*: „If the client feels that he is actually communicating his present attitudes, superficial, confused, or conflicted as they may be, and that his communication is understood rather than evaluated in any way, then *he is freed to communicate more deeply.*“ (Rogers 1946, 419, Hervorh. F. B.) Vertiefung des Experiencing, Zunahme der Selbstexploration und ‚fließendere‘, ‚tiefere‘ Kommunikation sind demnach Bedingungen

für die Veränderungen und zugleich Wirkungen der therapeutischen Bedingungen. Sie haben zusammen ein Ziel: die Förderung einer beweglichen, integrativen Selbstorganisation.

Weitere Prozessaspekte wurden in den letzten Jahrzehnten untersucht, das Handbuch von Bergin & Garfield (1994) berichtet ausführlich darüber. Erforscht wurden Phänomene der nonverbalen und paraverbalen Kommunikation, Veränderungen der Klientenerwartungen an die Therapie, Variationen in der Offenheit/Defensivität, Entwicklung von negativen Gefühlen der Feindseligkeit u. a. m. Als sehr bedeutsam für den Therapieerfolg erwies sich die komplexe Prozessvariable ‚Therapeutische Allianz‘. Sie berührt die Qualität der Klient-Therapeut-Interaktion und des therapeutischen Engagements von beiden Seiten. Ein starkes Arbeitsbündnis beruht nach Horvath/Greenberg (1986, 533)

1. auf einer Übereinkunft über relevante Ziele der Therapie,
2. auf einer Zustimmung zu einer klar umschriebenen, einsichtigen und zielbezogenen Aufgabe und einer realistischen Einschätzung der Ressourcen, die notwendig sind, um das Therapieziel zu erreichen, und
3. auf einem Sich-Verbünden von Klientin und Therapeutin zu gemeinsamer, vertrauensvoller Kooperation.

Veränderungen im therapeutischen Prozess kann ich um so differenzierter wahrnehmen, je mehr ich in der Lage bin, „den ganzen Reichtum und die Vielfalt menschlicher Ausdrucksformen und bedeutungstragender Symbolisierungen“ (Keil 2002, 41) zu erfassen. *Experiencing, Integration verleugneter Selbstaspekte ins Selbstkonzept, Arbeitsbündnis, Empathie* etc. sind nicht blosse abstrakte Konzepte oder normative Ziele, sondern praktische Gefässe, um die Fülle der Phänomene aufnehmen zu können.

### 3. Veränderungen aus Klienten-Sicht

Wie nehmen Klientinnen selber Veränderungen in ihrer Therapie wahr? Ich liste typische Äusserungen aus der Praxis auf, in der Überzeugung, dass sie als Erwartungsmuster meine Wahrnehmung von aktuellen Veränderungen beeinflussen:

- „Ich bin aktiver, offener, mitteilbarer, hellhöriger, aufmerksamer und konzentrierter, aber auch müder, energieloser, hoffnungsloser, ängstlicher, verzweifelter: Ich nehme Gefühle intensiver wahr.“
- „Andere glauben mir plötzlich, und ich werde ernster genommen.“
- „Andere sagen mir, ich hätte mich verändert, und sie freuen sich (oder:) sind irritiert.“
- „Ich stürze in Stressmomenten weniger ab, sinke in depressiven Stimmungen weniger tief, gerate bei Aufregung weniger in Panik.“ – „Ich fange mich in Krisen rascher auf.“
- „Ich stehe jetzt zu dem, was mir wichtig ist, obwohl ich den Standpunkt der anderen auch verstehe.“

5 von Mathieu-Coughlan/Klein, 213–248

6 Elliott (1984)

7 „focus on moment-by-moment variation, rather than on stability and enduring patterns“ (Greenberg/Watson/Lietaer 1998, 456)

- „Wenn etwas zu diffus ist oder mir nicht passt, sage ich jetzt schneller Nein.“
- „Ich arbeite, liebe, streite und entscheide mehr in Übereinstimmung mit mir und genieße es.“
- „Mein Verhältnis zu (Eltern, Partnerin, anderen wichtigen Bezugspersonen) ist besser geworden.“
- „Ich merke, wie sich das, was ich erlebe, entscheide und tue zu einer zusammenhängenden Geschichte zusammenfügt.“

#### 4. Phasenspezifische Veränderungssensitivität

Meine Erwartungen von Veränderungen und stabilen Zuständen sind je nach Therapiephase unterschiedlich. In einer *ersten Phase* mache ich mich mit der Eigenart und der intra-individuellen Variation der Person vertraut, werde auf nicht-integrierte Erfahrungsaspekte aufmerksam (Inkongruenz), gewinne so Anhaltspunkte für die Therapieindikation und für eine Art ‚Base-line‘ zur Beurteilung von späteren Veränderungen. Ich erhalte bereits in diesen ersten Kontakten Veränderungssignale, nämlich darüber, ob mein Beziehungsangebot wahr- und angenommen wird. Ein Beispiel hierzu:

Ein Student fand das Erstinterview auf der Studierendenberatung zunächst sehr belastend, in den Tagen darauf wuchs aber der Wunsch, sich weiter mit sich auseinander zu setzen und er erlebte das zweite Gespräch als befreiend: „Wenn ich sage, was ich denke und wie es mir geht, kommt so etwas wie eine neue Perspektive dazu; ich sehe es von verschiedenen Seiten und kann es auch mal stehen lassen.“ Im dritten Kontakt etabliert sich bereits ein intensiver, von Hoffnung genährter Explorationsprozess.

In einer *zweiten Phase* steht die Festigung eines Arbeitsbündnisses an. Ich achte auf Äußerungen über Erwartungen an und Ziele für die Therapie oder frage danach. Ich beobachte, ob die Klienten beginnen, sich mit sich auseinander zu setzen. Dies führt nicht zu einem festlegenden Therapieplan, wohl aber zu Bezugspunkten für die Zwischenbilanzen und die Schlussevaluation und zur Begründung einer verlässlichen Kooperation. Solche Bezugspunkte ermöglichen frühzeitiges Erkennen von negativen Entwicklungen.

In der *Hauptphase* der Therapie findet ein kontinuierliches, aber nicht zwanghaftes Monitoring des Prozesses statt: Wie steht es um das Niveau der Selbstexploration und des Experiencing? Erlebe ich mich wertschätzend, kongruent, empathisch? Wie schätze ich die Kooperation ein? Welche Änderungen der kognitiven Verarbeitung, des emotionalen Ausdrucks, der Verhaltensweisen sind zu beobachten? Veränderungshinweise entnehme ich spontanen Erzählungen (KL.: „Komisch, inzwischen ist das ganz anders.“) und meiner unmittelbaren Erfahrung mit der Klientin (Th.: „Ich habe den Eindruck, da hat sich etwas gewandelt.“), in Reaktionen auf herausfordernde Konfrontationen (Th.: „Ich sehe, dass Sie nicht mehr so heftig erschrecken, wenn ich Sie daran erinnere.“), anlässlich ausserordentlicher Ereignisse (KL.: „Vor drei Monaten

hätte mich das noch umgehauen.“) oder durch Mitteilungen zwischen den Therapiekontakten (Briefen, E-Mails). Besondere Sorgfalt lege ich auf das Monitoring des Arbeitsbündnisses: Stimmt die Qualität des Kontaktes noch? Sind wir auf der Spur der vereinbarten therapeutischen Aufgabe? Reichen die Ressourcen, um zum Ziel zu kommen?

In der *Schlussphase* der Therapie rege ich dazu an, die in der Hauptphase eingetretenen Veränderungen nochmals zu vergegenwärtigen, sie mit den anfänglichen Zielen und Erwartungen in Beziehung zu bringen. Das Abschlussgespräch dient diesem Zweck. In der Katamnese nach 6 bis 12 Monaten werden die mittel- und langfristigen Therapiewirkungen der Therapie, die Integration der Veränderungen in den Alltag und die Spätwirkungen erfasst.

#### 5. Veränderungsepisoden in der Praxis der Studierendenberatung

Im Folgenden stelle ich änderungsbezogene Ausschnitte aus Therapie- und Beratungsverläufen vor und kommentiere sie exemplarisch auf dem Hintergrund der erwähnten Orientierungsraster<sup>8</sup>.

##### Zunehmende Selbstexploration: Peter schaut hinter die Angst

Ein Student sucht Hilfe bei der Bewältigung von Prüfungsangst im Anschluss an einen Misserfolg. Diesen schildert er wie ein Faktum, ein äusseres Ereignis, im Stil einer detaillierten Rechenschaftsablage. Allmählich werden Enttäuschung über den Misserfolg, Ärger über das Aufgehalten-Werden und Demoralisierung als persönliche Reaktion auf den Vorfall ausgedrückt<sup>9</sup>. Mit der Hinwendung zu seiner Verletzung, seinen zuvor uneingestandenen Rachewünschen und seiner Verzweiflung beginnt der Student, sich mit dem Schmerz des Abgewiesen-Werdens zu befassen und seine Handlungs- und Kommunikationsoptionen zu explorieren. Er erlebt zeitweilig mehr Angst, gewinnt aber zunehmend Sicherheit, dieser gewachsen zu sein, und stellt sich zuversichtlich der Wiederholungsprüfung.

##### Vertieftes Experiencing: Helen steht für sich ein

Helen heiratet während ihres Studiums einen Forscher und bringt mit ihm nach der Geburt eines Kindes zwei Jahre im Ausland.

<sup>8</sup> Als Quellen für diese Texte zog ich meine Aufzeichnungen zu den Therapieprozessen, gelegentlich schriftliche Dokumente der Klientinnen bei. Die Namen sind geändert.

<sup>9</sup> Studierende könne auch aus anderen als internalen Gründen scheitern, etwa wegen unfairer Prüfungsmodalitäten. Da wäre ein Therapieangebot unangemessen.

Sie verliert den Anschluss an ihr Studium, möchte aber doch einen Abschluss machen, kann sich aber kaum mehr auf ihre Abschlussarbeit konzentrieren. Sie ist verzweifelt und frustriert: „So habe ich mir mein Leben nicht vorgestellt.“ Nach einer langen Phase der Depression und Stagnation, gequält von Selbstvorwürfen, Zweifeln und Disziplinierungsversuchen beginnt Helen, lange aufgeschobene Sachen zu erledigen, bespricht sich mit ihrem Professor, wehrt sich gegen normative Appelle und Schuldzuweisungen ihrer Mutter und setzt sich gegenüber ihrem an traditioneller Rollenverteilung ausgerichteten Ehemann bei der Forderung nach mehr eigenem Raum in der Wohnung durch.

Helen geht – so die Makro-Veränderung – aktiv an die *alters- und genderspezifischen Herausforderungen in Familie, Partnerschaft und Beruf heran*. Sie vermeidet weniger die Konflikte im sozialen Kontakt. Ob dies auf die Therapie zurückzuführen ist oder auf die Erfahrungen mit ihrem Kind und die zweite Schwangerschaft oder auf die Auseinandersetzung mit ihrer Mutter lässt sich auf dieser deskriptiven Ebene nicht entscheiden. Hier ein Ausschnitt zum Therapieprozess auf der Mikroebene anlässlich der Schilderung eines Erlebnisses:

Helen räumte kurz vor der Geburt ihres zweiten Kindes ihr Arbeitszimmer auf, stiess dabei auf mehrere unvollendete Versionen ihrer Abschlussarbeit, die sie immer wieder neu begonnen und dann vergessen hatte, und gerät bei dieser Entdeckung in Unruhe: Sie sieht für sich keine Chance, sich später ohne abgeschlossenes Studium beruflich zu entwickeln und für zwei Kinder die Erziehungsverantwortung tragen zu können. „Ich bringe das nie auf die Reihe“, denkt Helen, gerät in Panik und fühlt sich schlagartig so müde, dass sie sich aufs Bett legt. „Ich weiss, es ist falsch, wenn ich mich in einem solchen Moment hinlege. Das macht alles noch schlimmer. Aber etwas war dann überwältigend – ich weiss gar nicht mehr, was da genau war – eben war es klar da, aber es ist mir schon wieder entwischt – da ist glaub' ich etwas Wichtiges verborgen, ich kann es aber fast nicht fassen. Es ist, als ob die Zeit stillsteht oder in Zeitlupe vergeht.“ Helen schweigt verwirrt und sagt dann: „Mir wird erst jetzt deutlich, dass immer dann, wenn ich in einer schwierigen Lage nicht weiss, was ich tun soll, ich mich sofort total unfähig und defizitär fühle und verzweifle und erwarte, dass andere da sind, die mir helfen. Das ist wie ein Scharnier, das sofort einschnappt und mir gar nicht erst die Wahl lässt, mich zu fragen, was ich denn selber in diesem Moment für mich tun könnte.“

*Helens Experiencing hat eine Vertiefung erfahren*. Sie entdeckt bei sich Momente der Leere und der Ohnmacht, kann (zunächst für einen ganz kurzen Moment) die Komplexität dieses Erlebens zulassen, sie findet es irritierend und aufregend. Die Symbolisierung gelingt noch nicht vollständig. Helen vermutet in sich selbst eine wichtige Ressource für ihre Unabhängigkeit und eine Alternative zur Panik und wundert sich, weshalb ihr etwas so Wichtiges ständig entgleitet, wenn sie darauf achtet. „Ich habe da anscheinend meine Widerstände“, sagt sie selbstironisch und verständnisvoll.

### Das verlorene Selbst: Cornelia

Cornelia leidet an Bulimie und fürchtet, das Essen nie mehr stoppen zu können. Essen mache sie unempfindlich gegen Schmerz und Trauer, ‚föhlos‘. Während einer Therapiestunde sagt Cornelia, dass sie jetzt gerade total in Stimmung sei, einfach zu essen, und unmittelbar darauf schämt sie sich heftig: „Das darf niemand wissen.“ Dass Cornelia ihr Essbedürfnis mir als Zeugen unmittelbar mitteilt, ist ein bedeutender Schritt.

Phasen der Veränderungen waren seltener zu beobachten als solche der Stagnation. Cornelias Selbsterfahrung ging oft bis an die Grenze der Derealisierung. Am Anfang nahm sie vor allem Gefühle des Hasses und ihre Zerstörungswut wahr, meist konnte sie diese durch Erstarren kontrollieren. Gefühlen der Wärme, Sehnsucht, Trauer u. a. war Cornelia entfremdet. In Aufzeichnungen, die sie während der Therapie für sich machte und mir nach Abschluss der Therapie zu lesen gab, steht (zum Zeitpunkt des Therapiebeginns):

„Hilfe. Es gibt keine Hilfe. Ich werde wahnsinnig. Nein, ich bin es bereits, nur hat es noch niemand gemerkt. Oder ist dies ein Irrtum? Wissen es bereits alle und zeigen es mir nicht? Hilfe, ich weiss nicht, wer ich bin, was ich tue. Ich habe keine Kontrolle über mich. Ich, mich: was soll das heissen? Diese Wörter gibt es gar nicht. Du bist selber schuld, schuld schuld, SCHULD!“

Zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie schreibt Cornelia:

„Ich will wieder teilhaben an Freude, Wut, Trauer, Licht, Farben, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit. Zerfliessen. Lachen. Wut. Ärger. Gemeinheit. Stillstand. Lähmung. Kälte. Schärfe. Splitteln. Beklemmung.“

Briefe von Klienten während und nach dem therapeutischen Prozess sind eine kostbare Informationsquelle über sich abzeichnende, stattfindende oder erfolgte therapiebezogene Veränderungen. Cornelia hat ein Gaststudienjahr im Ausland absolviert und in dieser Zeit die Therapie sistiert. Von dort schrieb sie mir:

„Manchmal esse ich das Falsche, esse zuviel. Doch gerate ich deswegen nicht in Panik, vergesse das ‚Unglück‘ ziemlich schnell wieder, werde es eben nächstes Mal besser machen. – Und dann das Unglaubliche: Oft esse ich so, dass ich mich nachher wohlfühle, dass auch ich sagen kann: ‚Ich hatte Hunger, das Essen hat gut getan, und was machen wir jetzt?‘“

Ich erfahre, dass sich in der Symptomatik und in der Einstellung dazu etwas verändert hat. Im selben Brief schreibt Cornelia:

„Wieso ich weiss, dass es mir gut geht? Soll es einer etwa nicht gut gehen, die endlich wieder einmal ein wenig Sicherheit verspürt? Ich kann wieder lesen. Die Buchstaben verbinden sich wieder zu Worten, die Worte zu Sätzen und die Sätze zu Aussagen, die ich begreifen kann. Nicht mehr länger zersetzen sich die Aussagen in einen losgelösten Satz, der Satz in einzelne Worte und die Worte in Buchstaben, die mich einzeln attackieren ...“

Freude über die Umkehr eines inneren destruktiven Verarbeitungsprozesses kommt zum Ausdruck. Aus einem Brief nach Abschluss der Therapie:

„Sie haben mich begleitet, ich war einsam und hilflos. In Ihrem Raum durfte ich wieder zu leben beginnen. Ein Teil dieses Raumes ist jetzt in mir. Er kann mir nicht mehr abhanden kommen.“

Das Feedback widerspiegelt die Bedeutung, die ich der Leiblichkeit und dem (physikalischen) Raum beimesse. Signifikante Veränderungen in der Therapie lassen sich u. a. aus Beobachtungen dieser Dimensionen erschliessen, etwa wenn Cornelia zunächst die Zimmerwand entlang schleicht und später mit kräftigem Tritt den Raum durchquert und dabei mutig ‚gefährliche Zonen‘ durchschreitet.

### De-Fragmentierung des Selbst: Stephanie

Eine Studentin schrieb mir während einer intensiven Leidenszeit zwischen den Therapiestunden einige Briefe:

„Ich finde keine ‚guten‘ Seiten mehr an mir, und wenn jemand anders sie zu sehen glaubt, würde ich weghören; es würde mich quälen. Ich weiss nicht, weshalb es so ist, aber es belastet mich. – Ich weiss nicht, was ich tun soll, ich werde nicht ruhiger; ich weine zwar nicht mehr, aber ich habe das Gefühl, als wäre ich ein Stück rohes Fleisch, an dem andere herumschneiden und -stechen und ganze Stücke daraus herausreissen. Langsam werde ich dumpf, aber nicht wirklich ruhig. Vielleicht kann ich schlafen.“

„Ich hasse mich. Mich kann niemand mögen“, sagt Stephanie in der Therapiestunde. „Ich stehe allen im Weg, habe keinen Platz, wo ich hingehöre. Ich sehe alles falsch – Ich mache alles falsch.“ Ihr Vater wiederhole immer wieder: ‚Das musst Du anders sehen, nicht so grau und negativ‘. „Wenn mein Vater mir überhaupt je mal zuhörte, fand er mich mühsam und fluchte“. Aus einem Brief einige Tage später:

„Es wird immer enger und dunkler um mich herum. Ich habe das Gefühl, immer stärker den Kontakt nach aussen zu verlieren. Ich fühle mich sehr fremd draussen. Bisher stellte ich mir oft vor, dass mich dieser oder jener verstehen könnte, wenn ich etwas erzählen würde; ich habe das aber selten ausprobiert, früher. In letzter Zeit rede ich ‚offener‘ mit anderen, aber sie werden mir nur fremder, stehen ganz wo anders. (...) Manchmal möchte ich mit irgendjemandem reden, der mir gerade begegnet. Ich werde das nicht tun, nur manchmal möchte ich gern jemanden kennen, der mich nicht abweist, oder bei dem ich das Gefühl habe, ihn nicht zu stören.“ (Stephanie erwähnt dann ein arbeitsbedingtes Telefongespräch). „Wir haben ziemlich lange telefoniert, obwohl wir uns kaum kennen.

(...) antwortete ich, dass ich ein zu grosses Durcheinander habe, um mich noch voll für etwas interessieren zu können. Ich hatte keine grosse Mühe das zu sagen. Er hörte mir zu, erzählte von sich. Im Moment hatte ich nicht das Gefühl, abgewiesen zu werden. Erst nachher kehrte ich alles x-mal um. (...) Für mich ist das sehr neu, und ich nehme es wahrscheinlich zu wichtig, als etwas zu Spezielles. (...) Ich friere, aber mein Kopf ist heiss. Es ist spät. Irgendjemand spielt Klavier. Ich habe Angst davor, nicht weiter zu können, stecken zu bleiben, zu erfrieren.“

Stephanie setzt sich mit Gefühlen der Entfremdung auseinander und macht neu – wenn auch nur kurz und gefolgt von gewohnten Entwertungen – die Erfahrung, dass sie ihr Bedürfnis nach Schutz und den Wunsch nach unbefangenen Kontakt in Einklang bringen kann. Immer wieder überwindet Stephanie ihre quälende Isolation und Stummheit und teilt sich mir mit. Die Zweifel, ob ich sie nicht doch abweise, gehen nie ganz weg.

In einem Brief nach der letzten Therapiestunde bedankt sich Stephanie:

„ (...) für Ihre Bereitschaft, mir zuzuhören, für Ihre Offenheit, für Ihr ‚Da-Sein‘ – Dinge, die für mich nicht selbstverständlich sind, ebenso wenig wie der Umstand, dass Sie mir immer wieder ‚Raum‘ anboten, konnte ich ihn auch nicht immer einnehmen. (...) In mir ist sehr viel Trauer über diesen Abschied; das Gefühl, allein zu sein, ist zwar jetzt stärker, aber es ist nicht ein Gefühl, allein gelassen worden zu sein – eine Unterscheidung, die für mich sehr wichtig ist.“

Auch nach einer zeitintensiven Therapie sind die Veränderungen selten spektakulär und kaum völlig widerspruchsfrei. Veränderungen geschehen kontinuierlich oder intermittierend, dialektisch und fast immer nur in kleinen Schritten, und wir erfahren davon meist nur ein Moment.

### Reorganisation des Selbstkonzepts: Christian

Christian sucht gegen Ende seines Studiums Hilfe, weil er „nicht tue, was er wolle und tue, was er nicht wolle“: Er schiebt Projektarbeiten vor sich her, spielt nächtelang Schach im Internet und lebt in einer drängenden Hektik, die er auch in die Beratungsstunde hineinträgt. Er möchte sein Verhalten ändern, verbindet damit aber den Wunsch, Situationen und Menschen kontrollieren zu können. In den ersten Gesprächen setzt sich Christian mit dem empfundenen Erwartungsdruck der Umgebung (einschliesslich des Beraters) und den damit verbundenen Gefühlen von Ungenügen, Schuld und Ärger auseinander. In seiner Arbeit fühlt er sich von den vielen anstehenden Entscheidungen überfordert. Er wagt es, sein Selbstbild eines entscheidungssicheren, klar handelnden Mannes zu hinterfragen und sich seinen Zweifeln und Unsicherheiten zuzuwenden. Nach einigen Stunden zieht Christian eine vorläufige Bilanz auf der Ebene der Symptome: Seine Stimmung habe sich aufgehellt, er habe seine Inaktivität überwunden. Die Desorientierung über Ziele und Wege und den Umgang mit Ambivalenzen seien aufgehoben und er könne sich selbst besser erklären. Diese Reflexion über die Veränderungen im bisherigen Beratungsverlauf leitet eine weitere *Vertiefung der Selbstexploration und eine Themenverschiebung* ein: Er setzt sich mit der Beziehung zu seiner Familie und zu seiner Freundin auseinander. Die Klage über Kritik und Verletzungen von Seiten seiner Freundin wird abgelöst von der schmerzlichen Exploration seiner Erfahrung, dass seine Gefühle im Alltag von anderen und von ihm selbst dauernd entwertet werden. Die Beratung wird in dieser zweiten Phase kooperativer und unmittelbarer.

### Lea will gehört werden

Lea schafft es nicht, ihr Studium und die Studienarbeiten an der Philosophisch-historischen Fakultät zu organisieren. Sie habe ihre Motivation für das Studieren verloren und könne sich nicht mehr konzentrieren. Dabei war sie mal eine gute Schülerin, die allerdings, um nicht als Streberin entwertet zu werden, ihre Fähigkeiten oft verschleierte. Inzwischen hat sie nur noch wenige Kontakte zu

KommilitonInnen und fühlt sich an der Uni überhaupt nicht wohl. Dabei möchte sie sich ‚reingeben können‘: in die Arbeit, ins Gespräch, in eine Beziehung. Lea ist in der Beratung sehr zurückhaltend, unterbricht sich häufig mitten im Satz, erzählt mir auch, dass ihr zu jedem Satz, den sie sage, ein Gegen-Satz einfallen. Sie verliert zunehmend ihre Energie und ihr Selbstvertrauen. „Ich bin nicht interessant für andere“, sagt Lea, „ich weiss nicht, was ich erzählen soll.“ Dann aber: „Liebend gerne möchte ich ausrufen: ‚Hört mal zu, ich denke das so und so, was meint ihr dazu?‘ Aber ich habe Angst, dass ich mit meiner Idee nicht ankomme.“ Daraufhin verstummt Lea. Sie kann über Minuten nicht mehr sprechen und empfindet einen irritierenden Schmerz. Sie bittet darum, das Gespräch abbrechen zu dürfen. Es ist klar, dass Lea an etwas sehr Bewegendes gerührt hat, dies aber (noch) nicht benennen kann. – Das wäre für sie ein ganz schwieriger Moment gewesen, sagt Lea in der nächsten Stunde. Sie habe grosse Angst gehabt, die Kontrolle zu verlieren und *nicht mehr verstanden zu werden*. Ab dieser Episode werden die Gespräche lebhafter. So kommt es vor, dass Lea mich bei den schon vertrauten Unterbrechungen anblickt und schmunzelt. „Ich habe im Kontakt mit Kollegen einige Hemmungen abgelegt, erlebe aber noch grosse Angst, dass ich mich zu wenig abgrenzen könnte.“ Eine deutliche Veränderung nehme ich wahr, als Lea beginnt, die bevorstehenden Wochen zu planen und somit versuchsweise Markierungen und Grenzziehungen vornimmt. Sie unterbricht sich im Gespräch zwar noch gelegentlich, nimmt aber meist selber den Faden wieder auf. Lea hat schliesslich in Rekordzeit zwei Seminararbeiten verfasst und ein Referat gehalten, und sie sei gut angekommen. Sie habe sich mit Schwung vorbereitet und weniger Zweifel gehabt. Sie ist an weiteren solchen Erlebnissen interessiert

## 6. Wenn Veränderungen ausbleiben

Wenn ich therapeutischen Veränderungen soviel Gewicht beimesse, könnte leicht der Eindruck entstehen, als wären Veränderungen an sich gut und ihr Ausbleiben destruktiv. Dabei würden wir aus den Augen verlieren, dass es das Ziel der Veränderung ist, einen anderen, befriedigenderen Zustand zu erreichen, etwa die Aufhellung von deprimierenden Gedanken oder die Verminderung von lähmender Angst. Stabilität ist der dialektische Gegenpol zur Veränderung, sie kann Sicherheit signalisieren oder Blockade, Stillstand oder erholsames Ausruhen. Wenn ich in der therapeutischen Arbeit den Eindruck gewinne (oder mir dieser von meinen Klientinnen übermittelt wird), dass sich nichts verändert, denke ich zunächst daran, dass Veränderung nicht ein Ziel um jeden Preis ist, dass Veränderungen nie kontinuierlich, eher in Schüben stattfinden und es gerade Ebbe sein könnte, oder dass die therapielevanten Veränderungen ohnedies unerschwerig ablaufen. Manchmal richten sich Klienten auf der Ebene eines erreichten (Teil-)Ziels ihrer Veränderungswünsche für eine Weile ein und stabilisieren die Erfahrungen. Gegen Ende der Therapie nehmen die Intensität der

Kooperation und die Häufigkeit von Veränderungssignalen nachvollziehbar ab, die Klienten erproben zunehmend ihre Ablösung und Unabhängigkeit von der Therapie.

Eine Stagnation des Prozesses erlebe ich anders: Sie äussert sich etwa in einer Häufung von Missverständnissen und in fehlender Kooperation, in der Verflachung des Experiencing oder in der Zunahme andauernder, gegenseitiger feindseliger Gefühle. Windstille und Stagnation können im Dienst der Selbstsicherungstendenz des Organismus stehen. Was möchte der Klient erhalten oder schützen und wird gerade bedroht? Wer oder was droht? Als erstes allerdings versuche ich mir klar zu werden, wie es um meine Wertschätzung für den Klienten und um meine Kongruenz steht, ob ich auf den Rhythmus und die Richtung des Klienten eingestimmt bin und ihn empathisch verstehe. Den Klienten spreche ich auf das beobachtete oder erahnte Stocken des Veränderungsprozesses an, überprüfe die Qualität des Arbeitsbündnisses und rege eine Zwischenbilanz an. Die kritische und wohlwollende Evaluation des Prozesses und der Dialog mit einem Kollegen haben fast immer nachhaltige und konstruktive Konsequenzen für die laufende Therapie. Nicht selten kommt diese damit wieder in Gang, oder es erweist sich, dass die Gründe des Innehaltens oder Zurückschreitens anderweitig begründet waren.

Eigentliche Sackgassen oder gar negative, schädigende Entwicklungen hingegen alarmieren mich: Ich ziehe eine Fachkraft hinzu, rege die Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfe an oder schlage die Beendigung der Therapie vor. Ich lasse mich dabei von Fragen leiten, ob die Klientin mehr und andere Unterstützung bei der Bewältigung aktueller Probleme braucht (zum Beispiel Coping-Strategien) oder sich stärker auf die Mobilisierung ihrer im sozialen Netz vorhandenen Ressourcen konzentrieren sollte.

Als Beispiel für das Ausbleiben konstruktiver Veränderungen schildere ich die Beratung von Melanie.

### Auf mich ist kein Verlass: Melanie gibt auf

Melanie möchte ihr Studium abschliessen, arbeitet aber ausschliesslich unter starkem Druck und ist dann sehr gestresst. Sie bittet mich um Unterstützung, um ein Arbeitsprogramm zu strukturieren und die Arbeit anzupacken. Von Anfang an beteuert sie, dass sie selber keinen Sinn im Studium sehe und die Ablehnung von Seiten der Lehrenden spüre. Sie entwertet sich konstant selber und möchte die Verantwortung für ihre Arbeitsmotivation, Disziplin und Arbeitskontrolle ganz an mich delegieren. Melanie vergisst von einer Stunde zur nächsten, worüber wir gesprochen haben, verschläft mal einen Termin, kommt mal zu einer falschen Zeit, hält sich nicht an ihre eigenen Vornahmen. Melanie nimmt sich vor, wieder ein Tagebuch zu führen und kauft sich eine Agenda. Ein gelegentlich aufblitzendes Interesse, ihre Probleme zu verstehen, wird immer wieder überlagert vom Wunsch, eine Lösung – nämlich den Erfolg im Studium – zu finden, ohne das Risiko, sich verändern zu müssen. Sie trifft auf eine Dozentin, die am Thema

ihrer geplanten Seminararbeit interessiert ist. Dies gibt ihr starken Auftrieb. „Etwas verändert sich in meinem Leben und in mir“, sagt sie, bevor sie wegen einer Familienangelegenheit ins Ausland fährt. In der nächsten Beratungsstunde erzählt sie, dass sie dort ‚eine Krise‘ erlebt habe. Nach Hause zurückgekehrt sei sie zusammengebrochen, habe sich von ihrem Freund getrennt und werde auf Anraten einer Freundin eine Verhaltenstherapie beginnen.

Trotz Ansätzen zu einer Veränderung war die Beratung erfolglos. Von Beginn an kam kein Arbeitsbündnis zustande, die gegenseitigen Erwartungen waren zu verschieden. Eigentlich hätte ich schon sehr früh mit Melanie über andere Möglichkeiten der Hilfe reden müssen.

## 7. Meine Resonanz auf Veränderungen in der Therapie

Auf Veränderungen und Stagnation in der Therapie reagiere ich mit der ganzen Breite der Gefühlsskala: Ich erlebe Ärger und Neugierde, Interesse und Ängste. Es gibt Momente der stillen oder lauten Freude und solche der Trauer und Resignation. Ich habe ein Interesse, meinen Beruf erfolgreich ausüben und meine Kompetenz erfahren zu können. Somit schmeichelt es mir und kommt es meiner professionellen Identität entgegen, wenn meine Klienten sich konstruktiv verändern und es der Therapie zuschreiben. Durch die Begleitung vieler Menschen in Not bin ich einerseits offener für ungewöhnliche Entwicklungen geworden und trete weniger ängstlich eine neue Therapie an. Ich bin aber auch bescheidener und stiller geworden, sensibler, verletzlicher, sensibilisierter. Ich bin genauer in der Wahrnehmung, zurückhaltender bei der Einschätzung einer Therapieindikation und rascher im Mich-Mitteilen geworden, Letzteres nicht immer zum Vorteil meiner Klientinnen. Bei negativen Entwicklungen bin ich weniger leicht verletzt oder enttäuscht, vielleicht gar etwas unempfindlich. Es schützt mich vor dem Burn-out. Aber in fast jeder Therapie oder Beratung höre ich noch heute in mir selber den Satz, an die Menschen in meiner Praxis gerichtet: „Ich wünsche so sehr, dass es Ihnen besser geht.“ Ich hoffe, dass ich in meiner Arbeit diesen Wunsch konstruktiv umzusetzen vermag.

### Literatur

- Angus, L./Hardtke, K. (1994), Narrative processes in psychotherapy, in: Canadian Psychology / Psychologie canadienne 35, 2, 190–203  
 Bergin, A. E. / Garfield, S. L. (1994) (eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York (Wiley)

- Eckert, J. (1996), Gesprächspsychotherapie, in: Reimer, C./Eckert, J./Hautzinger, M. /Wilke, E., Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, Berlin (Springer), 124–191  
 Elliott, R. (1984), A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal Process Recall and Comprehensive Process Analysis, in: Rice, L. N. / Greenberg, L. S. (eds.), Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process, New York (Guilford Press), 249–286  
 Elliott, R. (2001), Hermeneutic single-case efficacy design, in: Psychotherapy Research 12, 1–21  
 Grawe, K. (1992), Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre, in: Psychologische Rundschau 43, 132–162  
 Grawe, K. (1998), Psychologische Therapie, Göttingen (Hogrefe)  
 Greenberg, L. S. / Lietaer, G. / Watson, J. C. (1998), Experiential therapy. Identity and challenges, in: Greenberg, L. S. / Watson, J. C. / Lietaer, G. (eds.), Handbook of experiential psychotherapy, New York (Guilford Press), 451–466  
 Greenberg, L. S. / Elliott, R. K. / Lietaer, G. (1994), Research on experiential psychotherapies, in: Bergin, A. E. / Garfield, S. L., Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York (Wiley), 509–542  
 Greenberg, L. S. / Rice, L. N. / Elliot, R. (1993), Facilitating emotional change: the moment-by-moment process, New York (Guilford Press)  
 Greenberg, L. S. / Pinsof, W. M. (eds.) (1986), The psychotherapeutic process. A research handbook, New York (Guilford Press)  
 Horvath, A. O. / Greenberg, L. S. (1986), The development of the Working Alliance Inventory, in: Greenberg, L. S. / Pinsof, W. M. (eds.), The psychotherapeutic process. A research handbook, New York (Guilford Press), 529–556  
 Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie, in: Person 6, 1, 34–44  
 Rice, L. N. / Greenberg, L. S. (eds.) (1984), Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process, New York (Guilford Press)  
 Rogers, C. R. (1946c), Significant aspects of client-centered therapy, in: American Psychologist 1, 10, 415–422

### Autor

*Franz Berger, 1942, Dr. phil., Psychologe FSP, Gesprächspsychotherapeut und Ausbilder SGGT, Leiter der Studien- und Studierendenberatung Basel-Stadt, Lehrbeauftragter in Klinischer Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel mit Schwerpunkt Beratungspsychologie.*

### Korrespondenzadresse

*Dr. Franz Berger  
 Studienberatung Basel  
 Münzgasse 16  
 CH-4001 Basel  
 E-Mail: franz.berger@bs.ch*