

Sylvia Keil

# „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“<sup>1</sup>

## Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie

**Zusammenfassung:** In diesem Artikel werden Bedingungen für persönliche Veränderung durch Klientenzentrierte Psychotherapie aus der Perspektive der Praxis behandelt. Folgende Fragen stehen im Zentrum der Darstellung: Woran erkennen Psychotherapeutinnen<sup>2</sup> therapeutisch relevante Veränderung und welche Methoden und Techniken stehen ihnen zur Verfügung, um Veränderung zu ermöglichen?

Zunächst werden allgemeine methodische Prinzipien im Mikro- und Makroprozess der Psychotherapie beschrieben. Dazu zählen die kontinuierliche Symbolisierung der impliziten Therapieziele, die Beachtung der jeweiligen Phase der Therapie und erlebnisfördernde Interventionen im therapeutischen Dialog.

Als zentrales Agens der Psychotherapie wird die prozessuale Reflexion der therapeutischen Beziehung betrachtet. Das Veränderungspotenzial liegt gerade in der Bewältigung der Abweichung der tatsächlichen therapeutischen Beziehung von der in der Therapietheorie geforderten Beziehungsqualität. Die aufgrund dieser Abweichungen notwendige Veränderung der Therapeutin selbst in der therapeutischen Beziehung ist ein Motor und gleichzeitig ein Indikator für strukturelle Veränderungen der Klientinnen. Parallel dazu entstehen Verstehenshypothesen, die kontinuierlich gemeinsam mit der Klientin überprüft und modifiziert werden. Diese enthalten gerade durch den akzeptierenden Charakter einen bedeutsamen Veränderungsimpuls. Die Fähigkeit, Verstehenshypothesen zu entwickeln, gehört zu den wesentlichen methodischen Kompetenzen einer klientenzentrierten Psychotherapeutin.

**Schlüsselwörter:** Veränderung, Verstehenshypothesen, Beziehungsdiagnostik, therapeutische Beziehung, Grundhaltung, Beziehungsarbeit, Psychotherapie-Ziele, psychotherapeutische Methoden und Techniken, Praxeologie der Klientenzentrierten Psychotherapie

**Résumé:** « Si je m'accepte telle que je suis, je change. » Implications méthodiques de la psychothérapie centrée sur le client. Cet article parle des conditions permettant des changements personnels à travers la psychothérapie centrée sur le client dans une perspective de la pratique thérapeutique. Les questions suivantes sont au centre de la réflexion: à quoi les psychothérapeutes perçoivent-elles un changement significatif du point de vue thérapeutique et de quelles méthodes et techniques disposent-elles pour permettre le changement?

Dans un premier temps des principes méthodiques généraux concernant le micro et le macro-processus de la psychothérapie sont décrits. Nous verrons en particulier la symbolisation continue des objectifs implicites de la thérapie, l'observation de chaque phase de la thérapie et les interventions génératrices d'expérience dans le dialogue thérapeutique.

Comme force agissante centrale de la psychothérapie, on observe la réflexion sur le processus de la relation thérapeutique. Le potentiel de changement réside justement dans la différence entre la relation thérapeutique effective et la qualité relationnelle théorique de la thérapie. L'évolution nécessaire de la thérapeute elle-même sur la base de ces différences dans la relation thérapeutique est en même temps un moteur et un indicateur pour des changements structurels des clientes. Parallèlement à cela, des hypothèses de compréhension sont élaborées, puis examinées et modifiées en permanence avec la cliente. Ces hypothèses contiennent une impulsion significative pour le changement, précisément de par le caractère d'acceptation. La capacité de développer des hypothèses de compréhension fait partie des compétences méthodiques essentielles d'une psychothérapeute centrée sur le client.

1 Rogers 1961a, 33

2 Da die fachliche Meinung der Autorin von einer weiblichen Sozialisation und Wahrnehmung geprägt ist, wird in diesem Artikel wegen der besseren Lesbarkeit nur die weibliche Form verwendet. Abgesehen davon sind jedoch immer – außer in eigens ausgewiesenen Fällen – beide Geschlechter gemeint.

**Mots clés:** *Changement, hypothèses de compréhension, diagnostic relationnel, relation thérapeutique, attitude fondamentale, travail relationnel, objectifs de la psychothérapie, méthodes et techniques psychothérapeutiques, praxéologie de la psychothérapie centrée sur le client.*

**Abstract: Psychotherapy as a process of acknowledgement.** *To be effective, psychotherapy must mutually acknowledge therapist and client, and consequently acknowledge and re-establish the client's own will. For Rogers, the attitudes of the therapist and the relationship he or she offers were always essential for a positive atmosphere in therapy. For the author, however, the relationship offered by the client and the roles he or she attributes to the therapist are also important aspects of therapy. In the context of the common process of transference and counter-transference we create an atmosphere, a space of interaction in which the denied organismic experiencing can "flow in" in the shape of unconsciously staged interactions and masked messages, almost "in between the lines". In such a way the dyad is interrupted by a third element. The integration in the common level of meaning and understanding, in the symbolic order of the common language, gives rise to a triadic structure, which makes it possible to dissolve the affective entanglement in the dyad. By means of symbolisation of the denied organismic experiencing, by means of the (re-)introduction of common communication, language obtains a creative power for the shaping of our experiencing and for determining its content and our needs as well as our emotional assessments. The semantics and syntax of our language, which are socially determined, can be used to uncover or bury the truth. Therefore it is the task of psychotherapy to examine critically the terms and the linguistic signs with regard to their uncovering and emancipatory potential.*

**Keywords:** *Denial, acknowledgement, empathy, interaction, construction, organismic self, positive regard, self-concept, symbolisation, therapeutic relationship, transference*

## Einleitung

Der *Veränderungs*aspekt hat in der Klientenzentrierten Psychotherapie zentrale Bedeutung für das Verständnis von Heilung: Psychische Heilung geht einher mit einer Änderung des Selbstkonzepts. In diesem Heft der „Person“ stehen die Erfahrungen in und aus der Praxis im Mittelpunkt, so dass die Wahrscheinlichkeit besteht, dass dieses schon oft behandelte wichtige Thema „Veränderung“ auf neue Weise aufgenommen wird. Es soll bei der Erörterung den folgenden Fragen nachgegangen werden: *Woran erkennen wir, dass Veränderung bei der Klientin geschieht? Was tun wir, wenn wir den Eindruck haben, es geschieht keine Veränderung? Und schließlich: Wie verändern wir uns selbst als Therapeutinnen durch die therapeutische Arbeit?*

Ich habe die Einladung, meine Vorgehensweise als Praktikerin vorzustellen, gerne angenommen, denn als Ausbilderin und Supervisorin habe ich schon oft bedauert, dass wesentliches praktisches Know-how noch wenig beschrieben ist, eher wie eine Art „Geheimwissen“ in den Ausbildungs- und Supervisionsgruppen „lebt“ und weitergegeben wird. Ich hoffe, dass die Beiträge in diesem Heft mehr von diesem Wissen dem öffentlichen Diskurs darüber zugänglich machen werden, so dass man jungen Kolleginnen und Kollegen endlich sagen kann: „Lest dort nach!“

Das Schreiben hat mich insofern gefordert, als ich inzwischen zur Selbstverständlichkeit gewordene Routine ins Bewusstsein holen und die Komplexität der Gedanken, bestehend aus vielen einzelnen Überlegungen, in eine klare Struktur bringen musste. Ich habe mir außerdem zum Ziel gesetzt, meine Ideen darzustellen,

so wie sie sich in meiner nun schon 15 Jahre währenden therapeutischen Praxis gebildet haben. Auf solche Theorieteile, die mir auch in der täglichen Arbeit zur Seite stehen, werde ich besonders Bezug nehmen.

## 1. Zur Entwicklung meines Verständnisses von „Veränderung“

Als Vorbereitung für diesen Artikel besprach ich dessen Inhalte mit einer kritischen Freundin. Dabei hat mich eines überrascht, und ich möchte diese Erkenntnis gewissermaßen als generelle Aussage einleitend voraus schicken: Ich entdeckte, dass ich in der therapeutischen Arbeit kaum auf Veränderungen im Sinn von äußerlichen Therapieerfolgen bei den Klientinnen achte. Die ganze Konzentration richtet sich darauf, „meinen Job“ zu tun. Ich achte *nicht* darauf, „ob sich durch die Therapie bereits etwas verändert hat“, wie meine Freundin obige erste Frage – *wie erkennen wir, dass bei der Klientin Veränderung geschieht* – spontan interpretiert hatte. So sehr habe ich den Satz „... dann passiert die Veränderung *wie von selbst*“ verinnerlicht, dass ich mich in der konkreten Arbeit mit den Klientinnen für „objektive“ Veränderungen kaum interessiere.

Das hat zum Einen damit zu tun, dass ich erfahren habe, dass viele Klientinnen diese konkreten Veränderungen in ihrem Leben nicht thematisieren bzw. von Veränderungen eher in einer Art berichten, als ob sie in keinem Zusammenhang mit dem therapeutischen Prozess stünden. Sie beschreiben oft nur beiläufig ihr – aus meiner Sicht – neues Verhalten. Wenn es mir wichtig erscheint,

rekurriere ich manchmal auf einen Zusammenhang mit der Therapie und bekomme dann eher verschämt oder erstaunt das Eingeständnis zu hören, „dass dem wohl so sein würde“. Zum Anderen gibt es viele Klientinnen, die ständig von Therapieerfolgen berichten, was ich jedoch mit der Zeit als therapeutisch relevante Beziehungsbotschaften zu verstehen gelernt habe. Dasselbe gilt auch für Klientinnen, die hartnäckig – oft über Jahre hinweg – regelmäßig den Sinn der Therapie bestreiten.

Ich habe mir daher angewöhnt, mich bzgl. Therapiefortschritt oder -stagnation an meinem eigenen Erleben zu orientieren. Wie erlebe ich die Beziehungsqualität in der Therapie? Wie kann ich dazu beitragen, dass die geforderte Beziehungsqualität entsteht? Das sind die Fragen, mit denen ich mich dann beschäftige. Denn erst die Veränderung der Therapeutin selbst in der Beziehung ermöglicht wesentliche Entwicklungsschritte der Klientin.

Ich weiß, dass ich mit einer förderlichen Beziehung im Sinn der Therapientheorie das Potenzial aufbauen kann, welches die Veränderung, die für die Klientinnen wirklich sinnvoll ist, ermöglicht. Welche Veränderung, wie sie passiert, wann sie passiert, ist jedoch immer überraschend. Ich habe gelernt, Veränderungen, die von diesem Überraschungsmoment gekennzeichnet sind, als gültige, stabile Veränderungen zu betrachten.

Die Kommunikation der Empathie ist das einzige therapeutische Moment, das ich bewusst steuern kann, während die beiden anderen therapeutischen Qualitäten, das Erleben der Kongruenz und der bedingungslosen positiven Beachtung, nur reflexiv kontrollierbar sind. Neben diesem konsequenten Bemühen um Empathie mache ich mir gleichzeitig immer wieder meine Verstehenshypothesen bewusst, die ich dann meinen Klientinnen möglichst so mitzuteilen versuche, dass sie sich verstanden und angenommen fühlen.

Was ich also tun kann ist, versuchen zu verstehen, wie die Klientin *jetzt gerade* erlebt, wie sie *sich* dabei erlebt, wie sie ihr Symptom erlebt, wie sie *mich* aktuell erlebt, was sie zu all dem fühlt und denkt, wie sie sich dabei körperlich spürt oder nicht spürt, wie sie sich daran *hindert*, sich zu spüren, und wie ich all das in ihren inneren Bezugsrahmen einordnen kann.

Durch die Konzentration darauf bin ich meist während der Sitzungen selbst in einer focusing- bzw. trance-artigen Haltung, offen für eigene Impulse, die ich entweder ausspreche oder, wenn diese eigenen Empfindungen mir nicht wertschätzend genug vorkommen, zunächst nur wahrnehme, und erst dann in eine therapeutische Intervention einfließen lasse, wenn ich sie in eine Verstehenshypothese einbetten kann.

## 2. Einige methodische Grundprinzipien

Den methodischen Prinzipien, die mir für die Förderung von Veränderung bedeutsam erscheinen (und die dann in den folgenden

Kapiteln immer mitgedacht werden sollten), liegen das Therapie- und Persönlichkeitsmodell von Rogers (1959a), das Experiencing-Konzept von Gendlin (1964b) und die störungsspezifischen Ansätze von Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995), Binder/Binder (1991) und von Swildens (1991) zu Grunde.

### 2.1. Therapieziele

Der Klientenzentrierte Ansatz macht für sich allein noch keine Psychotherapie aus (vgl. Wood 1996; Keil W. W. 1989; Stumm/Keil 2003), er beschreibt vielmehr „nur“ die Qualität einer förderlichen Beziehung, also eine Seinsweise. Ich betrachte es daher als Ausdruck zutiefst personenzentrierter Haltung, dem Heilverfahren Psychotherapie, und damit vor allem den Klientinnen, die sich oft erst nach jahrelangem Ringen dafür entschieden haben, insofern Respekt entgegenzubringen, als in einer Psychotherapie immer *Ziele* angestrebt werden (müssen).

Zwischen einem absichtslosen Sich-Einlassen auf die Beziehung und der Formulierung von Therapiezielen besteht nur scheinbar ein Widerspruch. Eine Beziehung ist nie inhaltslos oder zweckfrei, und ein wesentlicher Inhalt und Zweck in einer therapeutischen Beziehung ist eben die gemeinsame Aufgabenstellung. Diesen Aspekt zu vernachlässigen, wäre, nun wiederum auf der Beziehungsebene betrachtet, nicht empathisch, inkongruent und nicht wertschätzend.

Um jedoch der Befürchtung zu begegnen, ich würde nun „aufgesetzten“ Therapieplänen das Wort reden, möchte ich darauf hinweisen, dass jedem Organismus als biologischem und sozialem System immer eine Zielorientierung<sup>3</sup> (Äquifinalität) innewohnt, unabhängig davon, ob wir das Ziel erkennen und ausformulieren können. Damit unterscheidet sich mein Verständnis von Zielorientierung durchaus von dem mir zu mechanistisch anmutenden Konzept Sachsens (1992), der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“.

Das in der therapeutischen Situation immer schon *vorliegende* Ziel gilt es jeweils zu erkennen und in einer realistischen Formulierung zu fassen, bevor man sich weiter gemeinsam „auf den Weg macht“. Der therapeutische Prozess ist oft mit einer gemeinsamen Wanderung in unwegsamem Gelände verglichen worden (z. B. von Rogers 1951). Zielformulierungen schaffen Orientierung. Wann immer man will, kann man auf diese zurückkommen und sie wie Orientierungspunkte in einem unbekanntem Gelände verwenden, um die neue Position mit der alten zu vergleichen. Dadurch lassen sich die therapeutischen Entwicklungsprozesse markieren und in Gang halten.

3 Biermann Ratjen et al. (1995) konzeptualisieren – angelehnt an Höger (1989) – die Aktualisierungstendenz als Organisationsprinzip und weisen dabei auf die Nähe des klientenzentrierten Konzepts zu systemischen Ansätzen hin.

Therapiezielformulierungen tragen den Therapieprozess von der inhaltlichen Ebene her weiter. Klientinnen in einem längeren Therapieprozess „gehen mit der Zeit die Probleme aus“, ohne dass sie deshalb die Therapie beenden möchten oder sollten. Hier kann unabhängig von anderen möglichen Interventionen, in diesem Fall die Erinnerung an das vereinbarte problemübergeordnete Therapieziel, Sicherheit im Prozess geben, während Therapiezielformulierungen zu Beginn einer Therapie dazu beitragen können, das Arbeitsbündnis zu festigen.

Dabei unterscheide ich Zielformulierungen der Therapeutin und Zielformulierungen für die Therapie bzw. die Klientin. Ziele der Therapeutin beziehen sich meist auf das Herstellen des notwendigen Beziehungsklimas. Personen mit Persönlichkeitsstörungen stellen einen auf der Beziehungsebene vor eine große Herausforderung und daher ist es notwendig, dass die Therapeutin eine persönliche Haltung für sich entdeckt, wie sie sich einerseits selbst schützen und andererseits doch dabei therapeutisch, nämlich verstehend und akzeptierend bleiben kann. Etwa angesichts eines narzisstisch geprägten Beziehungsangebotes (vgl. Swildens, 1991, 213) könnte das Ziel der Therapeutin zu Beginn einer Therapie folgendermaßen lauten: „Bei diesem Klienten möchte ich darauf achten, weniger gestresst zu sein, es zu wagen, locker zu bleiben und trotzdem, auf Grund des störungsspezifischen Verständnisses in einer bewundernden Haltung ihm gegenüber bleiben.“ Dieses Ziel ist mit dem Klienten noch nicht zu besprechen, da es eine Konfrontation wäre, die er zu diesem Zeitpunkt noch nicht aufnehmen könnte. Mit der konkreten Formulierung habe ich jedoch für mich eine Reflexionshilfe erzeugt. Nach der Sitzung, auf die ich mich mit dieser bewussten Zielsetzung eingelassen habe, kann ich mich dann fragen, ob ich das Ziel umsetzen konnte oder nicht. Diese Offenheit, dass Ziele eben vor allem *formuliert* werden sollen, aber nicht erreicht werden *müssen*, ist mir sehr wichtig. Ich werde darauf zurückkommen.

Klientinnen selbst formulieren ihr Therapieziel meist so, dass sie Symptome „weg haben wollen“. Diese Ziele lassen sich nicht verfolgen, da sie nicht im Bereich der Kontrolle von Klientin und Therapeutin liegen. Daher ist es notwendig, diese Ziele umzuformulieren. Bei oben erwähntem Therapieziel der Therapeutin könnte das gemeinsame dem Klienten gegenüber formulierte Therapieziel folgendermaßen lauten: „Wir schauen uns Ihre Beziehungen an, um etwas genauer sagen zu können, wie es kommt bzw. was Ihr Beitrag dabei ist, dass Sie immer wieder das Interesse an Ihren Partnerinnen verlieren.“ Damit ist es möglich, nach einigen Sitzungen mit dem Klienten gemeinsam zu überprüfen, ob wir bzgl. dieser Zielformulierung weiter gekommen sind und ob eine Veränderung des Zieles notwendig ist.

Das „geheime“ Therapieziel der Therapeutin und die Zielformulierung für die Therapie korrespondieren meist miteinander und legen eine Verstehenshypothese nahe, die aber in diesem Beispiel beim momentanen Stand der Beziehung noch nicht kommuniziert

werden kann. Eine mögliche Verstehenshypothese lautet: So wie *ich* gestresst bin in der Beziehung und mich vor seiner vernichtenden Bewertung fürchte, so fühlt *der Klient* sich vielleicht auch; sein „Das-Interesse-an-Partnerinnen-Verlieren“ ist daher eine getarnte Flucht aus seinem, ihm vermutlich nicht bewussten, Bewertungsstress in einer Partnerschaft.

Hierbei ist nun folgendes Paradox zu beachten: Einerseits soll die Therapeutin ihr Therapieziel, wie es oben formuliert wurde, verfolgen und umsetzen. Andererseits wird sie ihr Ziel, nämlich vor allem die Lockerheit, gar nicht oder kaum umsetzen können, während bewundernde Interventionen hingegen entspannend wirken müssten, wenn die in diesem Fall entstandene Verstehenshypothese richtig sein soll. Würde beim narzisstischen Klienten das angezielte Beziehungsklima problemlos zu entwickeln sein, wäre ja die Verstehenshypothese widerlegt und die Diagnose verfehlt. Wir sehen hier also die wichtige Bedeutung von Therapiezielen für die Generierung und Bestätigung von Verstehenshypothesen.

## 2.2. Therapiephasen

Das Konzept der Prozessphasen von Rogers (1980b), das Konzept der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie von Swildens (1991) sowie Finkes (1994) Aufteilung der Therapiebeziehung in vier verschiedene Arten (Arbeitsbeziehung, Alter Ego-Beziehung, Übertragungsbeziehung und Dialogbeziehung) haben mich theoretisch sehr angesprochen. Da mich die Arbeit mit meinen Klienten manchmal ähnlich gefordert hat wie die Beziehung zu meinen Kindern, habe ich jedoch in meiner therapeutischen Praxis ein an die Eltern-Kind-Beziehung angelehntes eigenes Phasenmodell entwickelt.

Ich vergleiche die therapeutische Beziehung mit einer begrenzten Pflegeelternschaft, die in kurzfristigen Therapieprozessen den Charakter einer passageren Krisenaufnahme hat, in langfristigen jedoch die Funktion bekommt, dem Teil der Persönlichkeit der Klientin, der einer Nachbeelterung bedarf, so etwas zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig darf man jedoch die dabei bestehende Beziehung unter Erwachsenen nicht aus dem Auge verlieren. In schwierigen Phasen der Therapie lassen sich im Sinn einer Metakommunikation mit diesem Bild der „doppelten Beziehung“, also sowohl einer Beziehung unter Erwachsenen als auch einer gegenseitigen Abhängigkeitsbeziehung wie zwischen Eltern und Kindern, Erfahrungen, die auf der Erwachsenenenebene als beschämend erlebt werden müssen, leichter verarbeiten und manchmal überhaupt erst verstehen, z. B.: die Erfahrung kindlicher, sexueller o. a. Wünsche.

Wie auch bei realen Pflegekindern „bekommt“ man zu Therapiebeginn ein oft sehr talentiertes „Kind“ mit einer prägenden und in der Regel sehr problematischen Vorgeschichte, und es ist daher eine große Leistung von beiden, Beziehung und Bindung auf dieser Eltern-Kind-Ebene herzustellen. Diesen Vorgang möchte ich als die erste Phase

bezeichnen. Die weiteren Phasen folgen dann individuell je nachdem welche Phase der psychischen Entwicklung nachgeholt werden muss.

Ich kann also meinen Therapiebeziehungen, unabhängig von den speziellen Symptomen der Klientinnen, eine Altersstufe zuordnen: Mit diesem Klienten geht es mir etwa wie mit einem Säugling, den ich erst kennen lernen muss, mit der anderen Klientin geht es mir wie mit einer 18-Jährigen, die gerade plant, es sich bei mir auf unbestimmte Zeit im „Hotel Mama“ gemütlich zu machen, mit wiederum einer anderen Klientin geht es mir so wie mit einer Siebenjährigen, die beschlossen hat, erwachsen zu sein und auszuziehen, mit einem Klienten geht es mir so, wie wenn wir in einer heißen Pubertätsphase wären und meine Kapazität bis an die Schmerzgrenze ausgelotet werden müsste usw. Wohl gemerkt, das sind Bilder für die Therapiebeziehung, keine Aussagen über den Klienten oder die Klientin, die ja de facto erwachsen sind.

Das Modell stellt eine Möglichkeit dar, den Beziehungs- und Bindungsprozess durch bildhafte Symbolisierungen deutlich zu machen. Veränderungen im therapeutischen Prozess lassen sich dabei sehr gut erkennen, wenn man z. B. die Therapiebeziehung deutlich einer neuen Phase zuordnen kann. Umgekehrt lässt sich mit diesem Modell auch erklären, dass Veränderungen ihre Zeit brauchen. Manchmal müssen Erfahrungen eben ganz neu gemacht werden, bevor ein nächster Entwicklungsschritt passieren kann. Für manche wichtige Beziehungserfahrungen braucht es außerdem Vertrauen und Nähe, also eine sichere Bindung<sup>4</sup> und dazu vorher viele Tests durch beide Seiten. Auch dabei vergeht Zeit ohne wesentliche erkennbare Veränderungen. Ich bin heute in der glücklichen Lage, sagen zu können, dass sich das Durchhalten in solchen oft schwierigen Phasen der Therapie – immer – lohnt.

### 2.3. Die Beziehung der Klientin zu sich selbst

Letztlich entscheidend für den Erfolg der Therapie ist, dass es Klientinnen gelingt, mit ihrem Erleben akzeptierend, wertschätzend und kongruent umgehen zu können. In der Sprache des Pflegeelternmodells formuliert: dass sie sich selbst, ihrem oft traumatisierten „Kind“, also ihrem Erleben gute Eltern sein können und die Verletzungen, die sie erlebt haben, nicht selbst, durch ihren eigenen Umgang mit sich selbst, weiter fortsetzen. Diese gute Beziehung zu sich selbst soll die Abwehr, die diese Elternfunktion ursprünglich nur mangelhaft erfüllte, während des Therapieprozesses schrittweise ersetzen.

Ich achte jedenfalls besonders darauf, die Beziehung zum eigenen Erleben der Klientinnen zu fördern. Kleine Schritte in diese Richtung

erlebe ich bereits als wichtige Veränderungen. Jedes „Ja, genau“ der Klientinnen gibt mir die Gewissheit, dass ich sie verstanden habe und sie sich damit auch ein Stück besser verstehen. Ein betroffener Gesichtsausdruck, ein berührter Augenkontakt sagen mir, dass ich ihr Erleben erreicht habe. Wenn es gelingt, Klientinnen darauf aufmerksam zu machen, dass sie gerade etwas Neues von sich selbst spüren, verstehe ich das als wichtigen Veränderungsschritt.

Mit den Klientinnen direkt im Erleben, im Hier und Jetzt zu bleiben, sich auch selbst auf den beängstigenden Ich-Du-Kontakt einzulassen, habe ich als unerlässlich für wesentliche Veränderungen erfahren. Klientinnen müssen da oft sehr ermuntert werden, bei diesem Erleben zu bleiben. Sie meinen verängstigt, es – ihr Erleben – sei nichts wert, eben *nichts*. Aber erst durch diese Art von Kontakt kann erfahren werden, dass man auch mit beängstigenden, chaotischen, unklaren und unsicheren Empfindungen akzeptiert werden kann, *da* sein kann. Wenn es gelingt, bei diesen Empfindungen angstfreier und akzeptierender dabei zu bleiben, können sich diese verändern und in heilende intensive Begegnungen mit sich und dem Du „auflösen“. Diese Momente erlebe ich als die intensivsten Veränderungsschritte in einer Therapie.

Da eben dieser direkte Zugang zum eigenen Erleben durch massive Angst und daher durch Abwehrstrategien und Symptomerleben versperrt ist, besteht ein Großteil der Therapie darin, die Abwehr akzeptierend und empathisch zu erfassen. Welche Gefühle können nicht symbolisiert werden? Welches Erleben rufen die Symptome hervor? Wie können die Klientinnen mit ihrem Symptomerleben, mit ihrer Panik, mit der Todessehnsucht, mit der depressiven Leere, mit den intensiven hysteriformen Gefühlsüberflutungen, dem Scheitern ihrer zwanghaften Beziehungsangebote, mit ihrem Kampf mit der Sucht umgehen? In diesen Phasen habe ich gelernt, einerseits mein eigenes Erleben als Indikator zu nehmen und mich gewissermaßen stellvertretend für das nicht wahrgenommene Gefühl der Klientinnen einzusetzen. So kann ich z. B. einen Klienten, der gerade über SMS erfahren hat, dass sich seine Freundin von ihm unvermutet trennen will und daraufhin mit „Selbstgeißelung“ reagiert, damit konfrontieren, dass er sich vermutlich sehr gekränkt, verletzt fühlt und wütend ist. Ich versuche die Klientinnen dazu zu bewegen, vorhandene Abwehrstrategien zu modifizieren. Im oben erwähnten Beispiel würde ich dafür plädieren, der Freundin zu sagen, dass er wütend ist, anstatt sich schuldbewusst zurückzuziehen. Das tue ich immer dann, wenn aus meiner Sicht die Abwehrstrategie die ursprüngliche Schutzfunktion nicht mehr erfüllt, sondern die aktuelle Not des Erlebens noch mehr erhöht, so dass die Erfahrungen, vor denen sie ursprünglich schützen sollte, gerade durch die Abwehr umso mehr verstärkt werden. Die „Selbstgeißelung“ in diesem Fall hatte ursprünglich die Funktion, den Klienten davor zu schützen, das Ohnmachtsgefühl angesichts von Eltern zu vermeiden, bei denen seine Wut nur bewirkt hätte, dass er noch wütender werden

<sup>4</sup> Zu den verschiedenen Bindungsformen vgl. Bowlby (1975) und Ainsworth (1978)

hätte müssen. Wenn ich mich dem Persönlichkeitsanteil, der für die Abwehr steht, entgegenstelle, dann hilft oft Humor, die notwendige Akzeptanz für diese Zusammenhänge zu vermitteln.

Veränderungen, die durch solche Kriseninterventionen erreicht werden, betrachte ich als notdürftige und wenig elegante Veränderungen. Sie kommen kaum von den Klientinnen selbst; es handelt sich um Verhaltensänderungen, die sie vor allem *für mich* machen. Ich sehe deren Wert darin, dass Eskalationen auf diese Weise beruhigt und somit Verschlimmerungen hintangehalten werden. Derartige Interventionen können natürlich nur nach gründlicher empathischer Erfassung der Abwehr und mit sehr viel Verständnis für die Bedrohung gelingen (vgl. dazu S. Keil 2002).

### 3. Die Veränderung des Beziehungsmusters während einer Psychotherapie als Indikator für den Heilungsprozess

#### 3.1. Die von der Therapietheorie geforderte Beziehungsqualität als Ziel der Psychotherapie

Die klientenzentrierte Therapietheorie beschreibt das Beziehungsmuster, das mit psychischer Gesundheit einhergeht bzw. sie hervorruft. Wenn ich in einem Kontakt dieses Beziehungsmuster verwirklicht erlebe, dann fühle ich mich sehr sicher, fühle mich verstanden, und es gelingt der Austausch mit dem anderen. Die Beziehung „fließt“ ungehindert hin und her. Ich erlebe mich und den anderen sehr echt, offen und vertrauensvoll. Wir sind beide überzeugt davon, füreinander wertvoll und wichtig zu sein. Das schließt auch eine gemeinsame Klarheit über die Grenzen in der Beziehung, das Ausmaß der gegenseitigen Verlässlichkeit und Verbindlichkeit mit ein. Diese Atmosphäre erlaubt alle Gefühle zueinander, auch Ablehnung und Liebe, ohne dass dadurch die gemeinsame Basis verloren geht. Zumindest zeitweilig ist diese utopisch anmutende Beziehung erreichbar. Dieses Miteinander-Sein spüre ich als *felt sense* so, als hätte ich eine Schale mit klarer strahlender Flüssigkeit in mir. Die Flüssigkeit symbolisiert mein Erleben, sie ist in diesem Zustand leicht und angenehm bewegt, nichts kann sie verdunkeln. Dieses Beziehungsklima möchte ich mit meinen Klientinnen erreichen.

#### 3.2. Der Therapieprozess besteht aus der Bewältigung der Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität

Schon zu Beginn der Therapie bemühe ich mich um diese Beziehungsqualität. Allein diese Bemühung bewirkt oft schon erstaunliche Veränderungen, da sich die Klientinnen bereits akzeptiert, angenommen und oft auch verstanden fühlen, obwohl die Therapeutin die Grundhaltung zunächst nur technisch und noch nicht erlebensmäßig verwirklicht. Denn die tatsächlich sich etablierende

therapeutische Beziehung weicht von der oben beschriebenen Qualität mehr oder weniger stark ab. Das Beziehungsmuster entsteht aus den aufeinander treffenden Beziehungsangeboten von Therapeutin und Klientin, die erst einen gemeinsamen Weg finden müssen.

Auf Grund der Notwendigkeit, Kontakt herzustellen, stelle ich mich im Erstgespräch ganz auf die Klientinnen ein und erahne deren Bewertungsbedingungen. In dieser Unsicherheit des Anfangs ist es kaum möglich, sich gleichzeitig auf das Gegenüber so auszurichten, dass es sich wertgeschätzt fühlt, und dem eigenen Erleben kongruent Ausdruck zu verleihen. Es entsteht dabei unweigerlich eine Art von Spannung in mir.

Die Aufmerksamkeit ist auf die Klientin gerichtet, und es ist mir lediglich möglich, mein eigenes Erleben, meine eigene Veränderung im Kontakt *diffus* wahrzunehmen: Die oben erwähnte Schale hat sich zu einer Glaskugel geschlossen, die Flüssigkeit drinnen sprudelt wild und hat viele Farben angenommen. Dieser Stress allein stellt bereits eine große Abweichung dar, und es gelingt mir nicht, in dieser Situation mein Erleben so weit zu ordnen, dass ich es *adäquat* in Handlungen umsetzen kann. Angesichts unserer lebenslangen Abhängigkeit von dem Bedürfnis nach Anerkennung gibt es zumindest in der Erstkontaktphase der Therapie diesbezüglich eben noch keine Sicherheit. Ich empfinde daher meine Reaktion als durchaus normal und beschreibe damit vermutlich etwas Allgemeingültiges.

Ich habe jedenfalls mit der Zeit gelernt, diese Abweichung nicht mehr als Fehler zu betrachten, sondern sie verstehend zu nützen. In dieser Ansicht fühle ich mich unterstützt durch Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995), die davon ausgehen, dass es ein Hinweis dafür ist, die Therapie zu *beenden*, wenn die Therapeutin die geforderten Grundhaltungen über längere Zeit hindurch der jeweiligen Klientin gegenüber verwirklichen kann. Auch W. Keil (1997) betrachtet in seinem Konzept der hermeneutischen Empathie das Noch-nicht-akzeptieren-Können als Motor für die Therapie.

Ich kann dem Klienten akzeptierend begegnen, das heißt aber noch lange nicht, dass ich mich auch in einer solchen Weise akzeptierend *erlebe*, wie es die Therapietheorie fordert. An diesem hohen Anspruch halte ich dennoch fest. Der Therapieprozess besteht daher aus der kontinuierlichen Bewältigung der vorhandenen Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität.

#### 3.3. Die Problematik der therapeutischen Beziehung entspricht der Problematik der psychischen Störung der Klientin

Ich gehe davon aus, dass das Beziehungsmuster, in das ich mit meiner Klientin unweigerlich gerate, in der wesentlichen Problematik, die dabei entsteht, der intrapsychischen bzw. interpersonellen Beziehungsproblematik der Klientin vergleichbar ist. Ich stelle mir eine Beziehung wie ein „kommunizierendes System“ vor. Gefühle,

welche eine Person nicht bewusst erlebt, spürt die andere trotzdem. Was ich im Kontakt mit einer bestimmten Klientin erlebe, entspricht Empfindungen, die sie entweder *auch* hat, die sie oft bei anderen auslöst, oder es handelt sich um Gefühle, die sie *gerade nicht* haben will. Diese Empfindungen hängen oft in bedeutsamer Weise mit der Lebensgeschichte der Klientin zusammen.

Da dieses Phänomen prinzipiell in die andere Richtung genauso funktioniert, dass eben Klientinnen auch auf meine Empfindungen reagieren, muss ich natürlich genau prüfen, wessen Beziehungsproblematik sich in Szene setzt. Eine gewisse Sicherheit ergibt sich dadurch, dass ich tatsächlich mit jedem Klienten *andere* Schwierigkeiten habe und dadurch, dass ich als Therapeutin keine eigenen persönlichen Interessen in der Beziehung verfolgen muss.

Meine Reaktionen auf die Klientinnen erlebe ich jedoch immer als *meine*. Manchmal geschieht es, dass schmerzhaft „wunde Punkte“ in mir angerührt werden. Dabei habe ich mit Erstaunen festgestellt, dass selbst diese Reaktion *immer* auch eine große Bedeutung in Hinblick auf die Problematik der Klientin hat.

Unabhängig davon, ob ich nun eine Empfindung als eigenen „wunden Punkt“ einschätze oder nicht, auch wenn es sich u. U. um eine Gefühlsübernahme<sup>5</sup> handelt, wichtig ist mir dabei in jedem Fall, sehr klar zu trennen, was mein Erleben und daher *mein* Problem ist und was dabei das Erleben der Klientin ist. Zusammenhänge zwischen beiden Reaktionen lassen sich erst im Diskurs darüber mit der Klientin sicher klären. Strategisches Verhalten von beiden hat zudem oft einen durchaus berechtigten schützenden Sinn, gerade auch in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung und kann nicht nur als „Reinszenierung“ vergangener Beziehungserfahrungen „abgetan“ werden. In einem solchen Umgang mit diesem Phänomen in Beziehungen sehe ich einen wesentlichen Unterschied zum psychoanalytischen Konzept der Übertragung und Gegenübertragung. Lediglich im emanzipatorischen Ansatz der „Beziehungsanalyse“ von Bauriedl (1984) habe ich große Ähnlichkeiten mit meiner Vorstellung festgestellt. Von der interaktionellen Orientierung von der Lindens und von Kessels (1991) möchte ich mich hingegen abgrenzen. Die praktische Umsetzung ihres Konzepts, das sie selbst sehr wohl und auch sehr überzeugend mit dem Klientenzentrierten Ansatz in Verbindung setzen, mutet mich beim Lesen ihres kommentierten Transkripts (ebd., Teil 2) sehr „orthodox psychoanalytisch“ an, weil der Therapeut bemüht ist, sich als Person aus der Beziehung herauszuhalten und sein eigenes Erleben in der schwierigen Beziehung nicht thematisiert und schon gar nicht problematisiert.

Ich möchte betonen, dass es sich in dieser Beziehungsvorstellung immer um zwei sich gegenseitig erlebende reale Beziehungspartner handelt. Sie kommen in der Therapie zwar in verteilten Rollen zusammen, die Klientin muss jedoch deswegen

in ihrer persönlichen Problematik nicht schwieriger sein als die Therapeutin. Beide haben bisher überlebt, das ist die Legitimation ihres So-Seins, das Respekt verdient. Die Therapeutin sollte sich allerdings darin von der Klientin abheben, dass sie durch ihre Ausbildung gelernt hat, bewusst mit eigenem und fremdem Erleben umzugehen.

### 3.4. Beziehungsgestaltung als Abwehrstrategie

Es macht nach meiner Erfahrung einen wesentlichen Unterschied, ob Klientinnen sich *mit sich* beschäftigen, sich selbst explorieren oder ob sie mit dem Kontakt *mit mir* beschäftigt sind. Wenn ihre Aufmerksamkeit auf mich gerichtet ist und ich mit Verbalisierungen ihres Selbst-Erlebens interveniere, stagniert der Prozess, weil ich mich dann nicht auf der richtigen Dimension ihres Erlebens befinde, sie eben *nicht* verstehe. Sie kommen durch solche Interventionen nicht wirklich zu ihrem eigenen Erleben, sondern bleiben im strukturgebundenen Erleben haften. Das Gleiche gilt auch für eine Beziehungssituation, in der ich selbst eine auffällige Störung im Kontakt erlebe. Erst wenn ich in diesen Situationen den Dialog auf der Beziehungsebene aufnehme, also in echte persönliche Auseinandersetzung gehe, führt das dann wieder zur Selbstexploration.

Viele psychische Probleme lassen sich eben nicht durch Selbstexploration allein bewältigen, sie müssen sich erst in der therapeutischen Szene entfalten, um erkannt und benannt zu werden. Die wesentlichsten Störungen, in der Regel Persönlichkeitsstörungen<sup>6</sup>, die Leid erzeugen und aufrecht erhalten, zeigen sich in der Beziehungsgestaltung, weil sie ja oft fatal die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit im Allgemeinen beeinträchtigen. Die Problematik dieser Muster kann so subtil sein, dass deren Regelmäßigkeit trotz großer Aufmerksamkeit oft jahrelang nicht erfahrbar ist. In diesen Mustern sind jedoch die echten Empfindungen gebunden, verborgen, so gut geschützt, dass sie nicht mehr verstanden und angenommen werden können. Erst die Veränderung dieser Strukturen „befreit“ die Empfindungen und macht sie dem bewussten Erleben zugänglich.

Wenn man sich auf die problematische Beziehung mit den Klientinnen einlässt, besteht für diese außerdem die Möglichkeit, *neue* Beziehungserfahrungen zu machen. Sie können die Beziehung testen, ausprobieren, wo die Grenzen sind, die Erfahrung machen, dass sie, auch wenn sie es uns als Kommunikationspartner schwer machen, akzeptiert werden. Dies braucht Zeit. Scheinbar passiert in diesen Phasen kaum eine Veränderung. Doch halte ich sie für sehr wichtig. Nur durch diese neuen Beziehungserfahrungen können die

5 Ute Binder (1994, 56) beschreibt die Gefühlsübernahme als Vorform der Empathie, bei der man Gefühle, die von widersprüchlichen Signalen des Anderen ausgehen, als deutlich ich-fremd erlebt.

6 Persönlichkeitsstörungen werden nach neueren Konzepten als Beziehungsstörungen aufgefasst (vgl. Sachse 1997, 2000).

alten Beziehungsmuster modifiziert und dadurch der Zugang zu den Gefühlen ermöglicht werden.

Mit einem Verweis auf Sachse (2002), der für die therapeutische Beziehungsbearbeitung eine Fülle von therapeutischen Interventionsmöglichkeiten aufzeigt, und Finke (1994), der „Beziehungsklären“ und „Selbsteinbringen“ als therapeutische Techniken in der Dialogbeziehung identifiziert, möchte ich meinen Schwerpunkt der Beziehungsarbeit beschreiben. Unter zu Hilfenahme all dieser Anregungen, die ich bei Sachse und Finke finde, beabsichtige ich vor allem, das wesentliche Beziehungsmuster zwischen mir und der Klientin zu erfassen und mir und der Klientin bewusst zu machen. Ich gehe davon aus, dass sich die Abwehr als typisches Beziehungsmuster aufrechterhält. In Abgrenzung zu systemischen Methoden, in denen versucht wird, solche Muster zu „verändern“, indem man sie „verstört“, versuche ich, diese Muster, bei denen ich als eine Beziehungspartnerin aktiv beteiligt bin, von einer Metaebene aus mit einer klientenzentrierten Haltung zu betrachten. Ich versuche, diese Muster vor allem in ihrem Sinn zu verstehen, ich achte darauf, wie ich sie erlebe, wie ich mich und die Klientin dabei erlebe, versuche zu ergründen, wie sich die Klientin dabei erlebt, was wir daran akzeptieren können und was nicht. Meist probiere ich aus, mich selbst zu verändern, im Wissen, dass dann das Beziehungsmuster nicht gleich bleiben kann. Allerdings weniger wegen der Änderung, sondern, um über den Versuch der Verhaltensänderung den Sinn des entstandenen Musters besser zu begreifen. Denn am klientenzentrierten Grundsatz, dass eine Änderung von selbst passiert, wenn man sich verstanden und akzeptiert hat, halte ich jedenfalls fest. Für diese Arbeit habe ich eine eigene Sprache entwickelt, eine Bilder-Sprache, die geeignet ist, Beziehungsmuster zu beschreiben. Mit einem Fallbeispiel möchte ich diese Arbeit mit der Beziehung verdeutlichen.

### Fallbeispiel

Ich möchte betonen, dass der folgende Fallbericht nicht ein Beispiel für „richtige Therapie“ sein soll. Es ist durchaus sogar ein kritisierbares Beispiel. Manche werden meine Reaktionen vielleicht nicht nachvollziehen können, sondern als Fehler betrachten. Es soll lediglich zeigen, wie sich Beziehungsmuster etablieren, dass eben Fehler dazu gehören, dass man sich aus den Fehlern gemeinsam mit dem Klienten wieder herausbewegen kann und dass durch diesen Vorgang Therapie geschieht. Aus meiner Sicht unterscheide ich hier *unvermeidliche* Fehler und *tatsächliche* Fehler. Ein wirklicher Fehler wäre es, wenn während einer Therapie das Beziehungsmuster unverändert bleibt. Dann gibt es keinen Therapieprozess im eigentlichen Sinn.

In dem Fallbeispiel handelt es sich um einen etwa 40-jährigen Klienten und einen über 100 Stunden dauernden Therapieprozess,

der noch nicht abgeschlossen ist. Anlass für die Therapie war eine Scheidungskrise. Der beschriebene Ausschnitt beginnt nach der ersten Phase der Therapie, die den Charakter einer Begleitung und Krisenintervention hatte.

Der Klient hat Kinder, für die er ein sehr liebevoller Vater ist. Er ist hochintelligent, aber beruflich eher unter seinem Niveau mit geringem Einkommen beschäftigt. Als klinische Symptome bestehen eine Dysthymia, Schlafstörungen, Zwangshandlungen und Bluthochdruck, der medikamentös stabilisiert wird. Die biografische Anamnese ergab massive Gewalterfahrungen in der Kindheit und eine exponierte Außenseiterstellung in der Familie. Ich würde ihm eine leichte anankastische Persönlichkeitsstörung mit passiv aggressiven Zügen zuordnen.

Unzufrieden ist der Klient mit sich selbst und seinen Beziehungserfahrungen, hierin sucht er auch Veränderung.

### 1. Akt: „Er tut mir leid“ (etwa 50. Stunde)

Das Beziehungsangebot des Klienten erlebte ich zu diesem Zeitpunkt folgendermaßen: Er wirkte auf mich, wie einer der „fensterlt“, also Steinchen zum Fenster der Geliebten hinauf wirft, in der Hoffnung, dort eingelassen zu werden. So gestaltete er den Stundenbeginn regelmäßig damit, dass er über kleine Veränderungen in meiner Praxis kurze, manchmal provokante Kommentare abgab. Das Problem schien klar: Die „Steinchen“ wurden meist von den anderen fehlinterpretiert, nicht als Wunsch nach Kontaktaufnahme erkannt, sondern ignoriert oder riefen sogar Ärger hervor. Ich erlebte ihn zwar auch so provokant, bei mir entstand dadurch jedoch kein Problem, denn ich griff seine „Steinchen“ mit Interesse auf, er tat mir leid und ich sah in ihm das geprügelte, durch massive Gewalterfahrungen in der Kindheit scheu gewordene „Kind“. Er hatte seine Gefühle auf einer Null-Linie eingefroren, was ich auch unter dem Gesichtspunkt der erlebten Gewalt gut verstand. Der Klient teilte meine Sicht seiner Kontaktproblematik und er wollte daher versuchen, deutlicher von sich aus in Kontakt zu gehen.

### 2. Akt: „Am liebsten würde ich ihn schütteln“

Die nächsten Monate vergingen also mit dem gemeinsamen Ziel, seine Kontaktaufnahme zu verbessern. Wir besprachen viele seiner Versuche, bei manchen Aktionen wurde er mir aber richtig unsympathisch. Er rüttelte am „Watschenbaum“, allerdings meist ziemlich wehrlosen Opfern gegenüber. Er demonstrierte seine Macht, indem er die anderen zur Weißglut brachte. Ich selbst wurde immer aggressiver auf ihn; am liebsten hätte ich ihn manchmal geschüttelt. Allerdings war es gar nicht einfach, das, was mich genau daran aggressiv machte, zu identifizieren. Im Kontakt mir gegenüber wirkte er auf mich wie in einer Zwangsjacke steckend, während er mich gleichzeitig triumphierend böse anlächelte. Ich hatte zu diesem Zeitpunkt immer wieder das Bild, ich sei eine Lehrerin, er ein als Musterschüler getarnter „schlimmer“ Schüler, der sich diebisch freut, dass er mir Klebstoff auf den Sessel gestrichen hat. Ich



begann, meinen Ärger immer mehr auszudrücken. Da bemerkte ich, dass er wirklich triumphierte, wenn ich meinen Ärger zeigte, und zwar so, dass ich mich beschämt fühlte, in die Reihe seiner anderen Opfer gestellt. Auch die Gewalt, die er als Kind erfahren hatte, hatte er gefühlsmäßig ähnlich bewältigt. Nicht er erlebte sich als Opfer, sondern er fühlte sich als der Stärkere gegenüber dem schwachen Prügler, der die Kontrolle über sich verloren hat. Dies alles wurde mit ihm besprochen. Er wehrte sich heftig dagegen, wenn ich sein Verhalten als aggressiv benannte. Denn aggressiv wollte er überhaupt nicht sein, er suchte ja liebevollen Kontakt, was ich wiederum auch verstand. Er hielt es aber doch für möglich, dass er sich mit seinem Verhalten Ablehnung einhandelte. Dass diese für mich wirklich wichtige Hypothese bei ihm keinerlei tiefere Veränderungen auslöste, verunsicherte mich zwar in meiner Ansicht, gleichzeitig wurden meine Beobachtungen Stunde für Stunde bestätigt. Während wir also hier in den Stunden kämpften, berichtete er immer öfter von Erfolgserlebnissen in Kontakten in seinem Leben. Von Aktionen, in denen er die anderen auf seine charakterische Weise ärgerte, berichtete er jedoch nicht mehr. Dies scheint mir ein typisches Phänomen zu sein, dass es bereits Veränderungen gibt, während die Therapie zunächst noch mühsamer wird. Hier können wir den Vorhang des zweiten Akts schließen.

### **3. Akt: „Diese Freude auf meine Kosten wollte ich ihm nicht gönnen!“**

Da meine Verstehenshypothese nicht ankam, sah ich einen Weg darin, mein eigenes Verhalten zu ändern, in der Hoffnung, dass dies zu einer Änderung bei ihm führen würde. Der dritte Akt wurde nun davon bestimmt, dass ich mich davor schützen wollte, beschämt zu werden. Ich dachte: Gut, er kann das ja so machen, ich brauche mich dem jedoch nicht auszusetzen. Mal sehen, wie er dann reagiert, wenn er keine Chance mehr bekommt, mich zu beschämen. Ich verstand zwar, dass er so Macht erleben konnte, dass er sich freute, wenn die anderen ihren Ärger zeigten, während er es schaffte, seinen Ärger zu kontrollieren. Trotzdem wollte ich ihm diese Freude auf meine Kosten nicht gönnen.

Also saß ich in nahezu „analytischer Abstinenz“ da und wartete auf seine Kontaktaufnahme. Auf Steinchen wollte ich nicht mehr reagieren, denn inzwischen erlebte ich seinen Triumph nicht nur wenn ich mich ärgerte, sondern auch dann, wenn ich auf seine halbherzigen Kontaktangebote einstieg. Mein verändertes Verhalten war ihm sichtlich unangenehm. Er äußerte sogar manchmal Unzufriedenheit über die Therapiestunden. Es war auch für mich sehr schwer, diese Härte durchzuhalten und ihm nur wenig entgegenzukommen. Er schien Sehnsucht nach Kontakt zu mir haben, ohne dass er diese wahrnehmen konnte. Stattdessen plagte er sich damit ab, ein Thema zu finden, das er behandeln wollte.

Unsere Beziehungssituation in dieser Phase versuchte ich mit einem Bild zu beschreiben. Er wirkte auf mich wie ein Tennispartner, der *meine* Bälle nicht zurück spielt, weil er damit beschäftigt ist,

*seinen* Ball im Gebüsch zu suchen. Ein Spielverderber, ein Spielverweigerer! Es wurde ihm sehr klar, dass er nur Spiele spielte, bei denen er als Sieger hervorging. Da er sich in diesem Punkt im Kontakt mit mir nicht so sicher war, achtete er darauf, „nur nicht zu verlieren“. Ich erkannte nun, in welchem Beziehungsdilemma ich mit ihm steckte: Auch ich wollte nicht mehr verlieren, denn sobald ich mich öffnete, triumphierte er. So konnte ich am eigenen Leib erleben, was er befürchtete, wie er die Beziehungen in seiner Kindheit erlebt haben musste.

Die Absurdität meiner „analytischen Distanz“ wurde mir klar und ich begann, sie wieder zu lockern, indem ich wieder mehr Beobachtungen und eigenes situatives Erleben einbrachte, ohne auf einer Öffnung seinerseits zu bestehen. Wenn ich mich beschämt fühlte, sagte ich es nun einfach, weil ich nun verstehen konnte, dass er an mir erleben musste, dass man dieses Gefühl haben kann und es trotzdem nicht vermeiden muss, sich zu öffnen.

Ich bin überzeugt davon, dass ich ohne meinen Versuch, mich zu schützen und dann damit zu scheitern, nicht zu diesem tiefen Verständnis gelangt wäre. Auf Grund vieler solcher Erfahrungen behaupte ich, dass die Beziehungsdiagnostik die sensibelste und genaueste ist – Rogers schreibt: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose“ (1951a, 208).

### **4. Akt: „Der Viechdokter“**

Eines hat sich inzwischen deutlich verändert: Er tut mir gar nicht mehr leid, ich sehe ihn als hartnäckiges Gegenüber, vor dem ich auf der Hut sein muss, vor dem ich auch Respekt habe. Ich bin also bezüglich der Forderung: „Der Therapeut erfährt bedingungslose positive Beachtung dem Klienten gegenüber“ einen erheblichen Schritt vorwärts gekommen. Ich erlebe ihn auch ein bisschen mehr bereit, von mir Hinweise und Beobachtungen anzunehmen.

Während dieser Therapiephase ist er übrigens wieder eine fixe Beziehung zu einer Frau eingegangen, in der er sich sehr wohl, wenn auch überlegen fühlt.

Beeindruckt von der Parallelität, in der auch ich zur gleichen Schutzstrategie wie er gegriffen hatte, empfand ich im folgenden Abschnitt der Therapie Sympathie für ihn, auch wenn er nach wie vor verschlossen blieb und sich in den Sitzungen das Leben damit erschwerte, ein Thema zu finden, an dem er sinnvoll „anknüpfen“ konnte. Liebevoll wies ich ihn immer wieder darauf hin, dass wir ständig ein Thema haben, das ihm scheinbar gar nicht als Thema auffiel, an dem er jedenfalls nicht „anknüpfen“ wollte. Ich fühlte mich dabei sehr liebevoll, fast verführerisch. Einmal als er sagte, sein Thema wäre „Beziehungsaufnahme“, beschrieb er, wie er den aktuellen Kontakt zu mir erlebte: ich wäre wie der „Viechdokter“ bei Peter Rosegger, der sich schon die Haare rauft, der alles probiert und trotzdem das Tier nicht heilen könne. Er verglich sich schmunzelnd mit dem Tier. Ganz kurz war es ihm möglich, den Genuss zu spüren, den er dabei erlebte, wenn sich jemand so um ihn bemühte. Er merkte auch, dass er sonst immer von sich verlangte, selbst aktiv

zu sein. Gleichzeitig entspannte er seine körperlich fast spastisch verkrampft anmutende Haltung. Wir verstanden also, dass er es genoss, passiv die Bemühung der anderen um ihn zu erleben, während er von sich das Gegenteil, nämlich Aktion, verlangte und dadurch seine Kontakte blockierte. Die Idee, die „Klopfmassage“, wie ich selbst mein Beziehungs-Verhalten ihm gegenüber bildhaft erlebte, einmal zuzulassen, bevor er dann vermutlich selbst aktiv werden würde, gefiel ihm.

Damit schließt der 4. Akt. Weitere werden vermutlich noch folgen.

Vor dem Hintergrund der „Pflegeelternschaft“ würde ich dieser Therapiebeziehung metaphorisch folgendes Stadium zuordnen: Ich habe einen etwa achtjährigen Buben aufgenommen, der sich sehr problemlos bei mir eingewöhnt hat. Erst mit wachsendem Vertrauen zeigt er mir seine problematische Seite und wagt es, es mir schwer zu machen. Und nur unter der Bedingung einer sehr verlässlichen Arbeitsbeziehung unter Erwachsenen, die sich gegenseitig achten, ist der oben beschriebene mühsame Beziehungsprozess möglich geworden.

#### 4. Die kontinuierliche Vertiefung der Verstehenshypothesen fördert die Veränderung

Alle bisher behandelten Themenbereiche, die für sich selbst betrachtet bereits Veränderungsschritte einleiten können, verbinden sich nun in diesem Kapitel zu einer Einheit.

Während wir, wie ich hoffe unter Pkt. 3 gezeigt zu haben, unser Erleben in der Therapie weder kontrollieren können noch es kontrollieren sollen, ist es jedoch möglich, das Ausmaß unserer Empathie zu steuern. Um Empathie kann man sich aktiv bemühen. Mit einiger Schulung kann man sich das, was man zu einem gegebenen Zeitpunkt, in der Regel nach bzw. vor jeder Sitzung, von den Klientinnen verstanden hat, bewusst machen und in Worte fassen. Diese über Empathie erschlossenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für das Erstellen von Verstehenshypothesen. Eine Verstehenshypothese zeichnet sich dadurch aus, dass sie über das empathische Folgen im therapeutischen Gespräch hinausgeht. Es handelt sich dabei um therapeutische Aha-Erlebnisse, wie sie während der Sitzung aufblitzen oder in der Reflexion im Nachhinein passieren können.

Eine Verstehenshypothese ist eine Aussage darüber, wie man die Klientin in ihrer persönlichen Problematik zum aktuellen Zeitpunkt versteht. Sie berücksichtigt die folgenden Bezugspunkte und sucht bzw. erfasst Sinnzusammenhänge zwischen diesen einzelnen Items:

- die Erzählungen der Klientin (Inhalte, beschriebene Gefühle, Wünsche)
- die ursprüngliche Verstehenshypothese der Therapeutin
- das ursprüngliche Therapieziel der Therapeutin

- das vereinbarte gemeinsame Therapieziel
- die Symptome der Klientin
- die Persönlichkeitszüge bzw. der innere Bezugsrahmen der Klientin
- typische Szenen aus der Kindheit oder anderer prägender Erfahrungen in der Lebensgeschichte der Klientin
- die aktuelle Lebenssituation der Klientin
- das Erleben der Therapeutin (wertschätzend?/kongruent?/empathisch?; Tonbandkontrolle)
- gibt es eine Inkongruenz bei der Therapeutin? (nur durch Supervision erkennbar bzw. daran, dass man für sich selbst über längere Zeit hinweg zu keiner stimmigen Verstehenshypothese kommt)
- das Beziehungsangebot der Klientin
- das Beziehungsmuster zwischen Klientin und Therapeutin (wie verhält sich die Therapeutin gegenüber der Klientin und umgekehrt, was tun sie miteinander?)
- welche Gefühle der Klientin können nicht symbolisiert werden, wie werden sie abgewehrt?
- wie verändert sich dadurch die ursprüngliche Verstehenshypothese (wird sie widerlegt oder genauer)?

Merkmale dafür, dass eine sinnvolle Verstehenshypothese gefunden wurde, sind:

- wenn man die geforderte Grundhaltung wieder erlangt,
- wenn man die Persönlichkeitsstruktur der Klientin in einem sinnvollen Zusammenhang mit den oben angeführten Bereichen verstehen kann,
- wenn dieses Verständnis zu einer deutlichen Vorstellung davon führt, wie man dem Klienten daher auf veränderte Weise begegnen kann und
- wenn die Verstehenshypothese ein „Aha-Gefühl“ auslöst.

Durch diesen eigenen Auseinandersetzungsprozess, der zu Veränderungen auf Seiten der Therapeutin führt, werden Voraussetzungen dafür geschaffen, Veränderungen bei den Klientinnen zu ermöglichen, ohne inhaltlich lenkend zu sein. Denn eine Verstehenshypothese hat immer einen akzeptierenden Charakter. Es geht weniger darum, ob Verstehenshypothesen „richtig“ im objektiven Sinn sind. Wesentlich ist, dass man die eigene Erfahrung möglichst umfassend ins Bewusstsein holt und an dem vorhandenen gesammelten Datenmaterial überprüft. Durch diesen hermeneutischen Prozess entsteht ein tieferes Verständnis, das dann wieder Ausgangsmaterial für eine neue Verstehenshypothese bildet. Die Therapeutin ist also immer bereit, ihre vorläufigen Verstehenshypothesen kontinuierlich zu falsifizieren bzw. zu verifizieren oder zu modifizieren.

Mir ist dabei besonders wichtig, dass die einzelnen Verstehenshypothesen auch in ihrem Zusammenhang gesehen werden. Eine neue Verstehenshypothese beschreibt das Problem meist genauer als die ursprüngliche. Ich habe für diesen Sachverhalt das Bild

einer Tür gefunden, von der eine Wendeltreppe nach unten ins Ungewisse, in die Tiefe der Persönlichkeit führt. Die einzelnen Stufen entsprechen den immer genauer werdenden Verstehenshypothesen. Die „Tür“ steht für die erste richtige grundlegende Verstehenshypothese. Zu Beginn der Therapie sucht man meist nach der richtigen „Tür“, und da kann es sein, dass sich Verstehenshypothesen als grundlegend falsch erweisen. In einem längeren Prozess werden sie jedoch meist nur noch genauer und es fördert daher die Sicherheit der Therapeutin, wenn die früheren Hypothesen nicht „vergessen“ werden. Das lässt sich an obigem Bild verdeutlichen: Wenn der gesamte Raum noch unklar ist, steht man doch lieber auf einer Treppe als auf einer einzigen freischwebenden Stufe.

Als Supervisorin habe ich bemerkt, dass es offenbar sehr schwierig ist, die gefundenen Verstehenshypothesen im aktuellen Verhalten des Klienten bestätigt zu erleben bzw. wieder zu erkennen. Es ist offenbar nicht leicht, an diese eigenen, oft hart erarbeiteten Verstehenshypothesen zu glauben und sie umzusetzen. Wenn z. B. erkannt wurde, dass eine Klientin ihre Therapeutin „auf die Freundinnen-Ebene ziehen will“ (so wie die Klientin eben ihre eigene Mutter erlebt hatte, und dass es daher wichtig wäre, sich als Therapeutin mütterlich sorgend zu verhalten) und die Klientin plötzlich die Therapie nur mehr in zweiwöchigen Abständen fortsetzen möchte, könnte man das im Licht dieser Verstehenshypothese als neuerlichen Versuch der Klientin verstehen, die Therapeutin in ihrer mütterlichen Qualität zu testen. In der Therapie, in der es zu dieser Situation kam, hat die Therapeutin aus meiner Sicht richtig gehandelt, indem sie sich die Beibehaltung der Frequenz gewünscht hat, worauf die Klientin bereitwillig zustimmte. Aber die Therapeutin *wusste eben nicht*, ob es richtig und *warum* es richtig war und warum die Klientin so leicht umzustimmen war. Sie konnte mit ihren Verstehenshypothesen offenbar noch nicht so umgehen, dass sie selbst eine Entlastung erlebte. Anfängerinnen machen es sich häufig schwer, indem sie immer wieder von vorne zu denken beginnen und dabei ihre eigenen Verstehenshypothesen zu „vergessen“ scheinen.

Hat man die Verstehenshypothese zur Verfügung, kann man wirksamer intervenieren. Man könnte in obigem Beispiel daher nicht bloß sagen, man hätte gerne, dass die Frequenz gleich bleibt, sondern auf das oben erwähnte Ansinnen der Klientin reagieren, indem man die Antwort mit der Verstehenshypothese verknüpft – etwa so: „Ich habe den Eindruck, Sie fürchten sich davor, mich noch länger zu belasten, da Sie nicht erlebt haben, dass Sie Ihre Eltern strapazieren können.“

Auf der Suche nach einer praktischen Demonstration, die in den Rahmen dieses Artikels passt, bin ich auf die Idee gekommen, ein fiktives Gespräch als Grundlage zu nehmen, um zu zeigen, wie eine Verstehenshypothese aus der Reflexion der Grundhaltung im therapeutischen Gespräch entwickelt werden kann.

Gespräch	Kommentar
<p>K: Ich möchte über meine Zeiteinteilung sprechen, ich merke, dass ich zu gar nichts mehr komme ... ich verzettelt mich.</p> <p>Th.: Haben Sie momentan zu viel zu tun?</p>	<p><i>Empathie:</i> Hier bin ich nur zum Teil (also nicht) empathisch, ich habe eine Erklärung parat: Wenn man zu viel zu tun hat, ist man überfordert.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bin oberflächlich betrachtet schon akzeptierend, eher tröstend im Sinn von „mach doch einfach weniger, dann wird es dir besser gehen“.</p> <p><i>Kongruenz:</i> Irgendwie fühle ich mich im Kontakt überfordert. Als ob sie einen Zettelberg über mich drüber schütten würde – das nehme ich aber in der Situation nicht wahr. Erst jetzt beim Reflektieren bekomme ich das Gefühl, dass ich einen großen Druck spüre.</p>
<p>K: Na ja, ich glaub, das ist es nicht, jeder hat heutzutage viel zu tun. Irgendwie bin ich schlecht organisiert.</p> <p>Th: Wie meinen Sie das?</p>	<p>Also war die Intervention vorher nicht empathisch, denn die Klientin sagt: „Das ist es nicht.“</p> <p><i>Empathie:</i> Hier kann ich nicht empathisch sein, denn ich fühle mich zunächst zurückgewiesen. Mein Ansatz hat nicht gestimmt und ich versuche mich neu einzustimmen mit der Frage, die die Klientin, wie man unten sieht, zum Nachdenken bringt. Sie muss sich dabei anstrengen.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bemühe mich um Akzeptanz, empfinde sie aber noch nicht, ich bin eher ärgerlich und werde streng.</p> <p><i>Kongruenz:</i> Ich erlebe es jetzt schwierig, ich bemühe mich – ich spüre einen großen Anspruch: „Jeder hat heutzutage viel zu tun“, etwas sehr Strenges ...</p>
<p>K: Na ja, das ist schwer zu sagen, ... (Pause) ... ich hab immer viel zu tun und dann verzettelt mich, dann tu ich was anderes, nie mach ich das, was ich mir vornehme, und dann entsteht ein Chaos.</p> <p>Th.: Also Sie haben das Gefühl, Sie machen nie das, was Sie sich vornehmen.</p> <p>K: Ja, genau</p>	<p><i>Anmerkung:</i> Hier kann man sehen, dass die Klientin das Wort „verzetteln“ wieder aufgreift, das sie nun präzisiert.</p> <p><i>Empathie:</i> Ich greife einen Satz von ihr auf, im Bemühen, sie zu verstehen. Das kommt bei ihr gut an, sie sagt: ja genau. Das ist es, was ich erreichen wollte, also offenbar versteh’ ich sie richtig, aber ich versteh’ sie noch nicht wirklich.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bemühe mich sehr, wahrscheinlich erlebt sie das aber nicht wirklich als die Akzeptanz, die sie sich wünscht! – Ich hab nicht den Eindruck, dass sie sich akzeptiert fühlt von mir, wir kämpfen eher miteinander.</p>

*Kongruenz:* Ich bin verblüfft. Es beschäftigt mich: „Ich mache nie das, was ich mir vornehme“ – Was ist da los? Wie ein Saboteur. Aber kann ich ihr das schon sagen?

**Beschreibung des Beziehungsmusters:** Die Therapeutin erlebt die Klientin fordernd, anstrengend und streng, die Therapeutin bemüht sich sehr, es „richtig“ zu machen – es entsteht fast ein Kampf, ein Ringen miteinander. Auf Grund dieser Reflexion könnte man nun den Ansatz für eine *Verstehenshypothese* entwickeln: Ähnlich wie sich die Therapeutin fühlt, könnte es der Klientin mit ihrem Problem gehen. Sie ist sehr bemüht und doch macht sie es nicht richtig. Es fällt auch auf, dass die Therapeutin ihre Überforderung während des Gespräches gar nicht wahrnimmt, zu sehr ist sie darauf konzentriert, es „richtig“ zu machen. Geht es der Klientin auch so? Merkt sie womöglich ihre Fremd- und Selbstüberforderung gar nicht? Wenn nun die Klientin berichtet, sie macht nie das, was sie sich vornimmt, könnte man annehmen, dass sie sich so gegen ihre Anstrengung/ ihre Ansprüche wehrt, aber offenbar ohne Erfolg. In diesem Saboteur steckt jedoch auch ein lustvoller Anteil. Ich muss lachen bei der Vorstellung, wie sich der eine Teil gegen den anderen wehrt, obwohl es sich um ein- und dieselbe Person handelt.

**Entwicklung einer umfassenden Verstehenshypothese auf Grund des Beziehungsmusters:** Da es sich hier um ein fiktives Gespräch handelt, ist dieser Schritt nur bedingt zeigbar. Das gefundene Beziehungsmuster müsste nun noch mit den anderen Fakten (Therapieziel, Symptomen, etc.) in Beziehung gesetzt und an diesen geprüft werden. Erst bei der Entdeckung von sinnvollen Zusammenhängen kann eine umfassende Verstehenshypothese entwickelt werden. Dasselbe Beziehungsmuster bei Vorliegen einer depressiven Störung würde anders anmuten als im Kontext einer Angst- oder somatischen Erkrankung. Eine von Trennungen geprägte Kindheit ruft in Verbindung mit diesem Beziehungsmuster andere Empfindungen dazu wach als eine Kindheit, in der die Klientin aus einem stabilem Elternhaus stammt. Genauso würden die Konsequenzen für den therapeutischen Umgang mit dieser Hypothese davon abhängen, ob es sich um den Beginn oder eher das Ende eines Therapieprozesses handelt.

**Mögliche Konsequenzen für den nächsten Kontakt mit dieser Klientin auf Grund des Beziehungsmusters:** Die Therapeutin könnte sich darauf konzentrieren, den lustvollen Saboteur zu stärken, ihn bewusster zu machen. Dafür ist es zunächst notwendig, es sich selbst in der Beziehung leicht zu machen, ohne deswegen abweisend zu werden. So kann sie die ganze Problematik und die Klientin humor- und liebevoller anschauen und verstärkt das Muster nicht dadurch, dass sie selbst gleich reagiert wie die Klientin. Da sich im ersten Gespräch beide angestrengt haben, müsste diese Veränderung der Stimmung der Therapeutin gleichzeitig eine wichtige Veränderung

im Beziehungsmuster bewirken. Erlebensmäßig ist die Therapeutin damit außerdem näher der Grundhaltung als vorher.

In diesem Sinn möchte ich nun zeigen, wie es in einem nächsten Gespräch weitergehen könnte. Dazu habe ich zwei Varianten „erfunden“. In der ersten versucht die Therapeutin die Verstehenshypothese umzusetzen, in der zweiten Variante bleibt sie unverändert in ihrer bemühten Haltung.

Auf Basis der Verstehenshypothese	Therapeutin bleibt unverändert
KL.: Ich habe jetzt Ferien gehabt. Das ist jedes Mal ein Horror. Angeblich hab ich frei, aber ich bin geschlaucht, ärger als in der Arbeitszeit.	KL.: Ich habe jetzt Ferien gehabt. Das ist jedes Mal ein Horror. Angeblich hab ich frei, aber ich bin geschlaucht, ärger als in der Arbeitszeit.
Th.: Ah, Sie sind geschlaucht, haben Sie wieder all das nicht gemacht, was Sie von sich verlangt haben?	Th.: Es ist schlimm für Sie, auch in der angeblichen Freizeit so angestrengt zu sein.
KL.: Nein, so schlimm war es nicht. Ich habe jetzt ein tolles System, einen E-Mail-Kalender, entdeckt. In den hab ich eingetragen, was ich wann machen kann. Das hat mir dann Spaß gemacht, meine Pläne zu erfüllen ... aber kaum war ich unstrukturiert, war es dann wieder die Hölle!	KL.: Ja, furchtbar, irgendetwas mach ich falsch, das kann nur mit mir zusammenhängen. Th.: Es ist für Sie wirklich unerträglich und Sie denken, dass Sie etwas falsch machen.
Th.: Da wurden Sie gefoltert (lachend).	KL.: Wenn ich nur wüsste, was? Th.: Was könnte das sein? KL.: Keine Ahnung!
KL.: Ja kann man sagen (lacht mit).	Th.: Aber Sie haben das Gefühl, es liegt an Ihnen.
Th.: Also kaum sind Sie unstrukturiert, geht die Hölle los (wieder ernst).	KL.: Ja, an wem sonst, andere haben auch viel um die Ohren.
KL.: Ja, sobald ich nicht zu mir stehe ...	Th.: Sie sind sich sicher, dass es an Ihnen liegt.
Th.: Es ist also ein Abgrenzungsproblem. Wenn Sie nicht auf sich hören, haben Sie in sich die Hölle.	KL.: Ja, hab ich ja gesagt ... (aggressiv) Th.: Was war genau so schlimm in den Ferien?
KL.: Ja ... (Pause) ... Es ist aber schwer, mich gegen alle Ansprüche immer abzugrenzen.	KL.: Also wo soll ich da anfangen (genervt) ...
Th.: Es scheint zu viel, das immer von sich zu verlangen.	
KL.: Ja, scheinbar bin ich da zu unerbittlich zu mir.	

In der ersten Variante kann die Therapeutin, von ihren Verstehenshypothesen ausgehend, dem ersten Ansturm der Klientin („Horror!“ „Hölle!“) mit Humor begegnen. Der Prozess entwickelt sich daraufhin konstruktiv weiter. Die Klientin kommt zu neuen Einsichten.

In der zweiten Variante reagiert die Therapeutin zunächst korrekt, aber ohne die Klientin tiefer zu verstehen. Das ist eine zu wenig in-

tensive Intervention, und der Konflikt zwischen den beiden, der sich im ersten Gespräch in der Reflexion andeutet, eskaliert weiter.

Ich hoffe, mit diesem einfachen Beispiel gezeigt zu haben, welchen Wert die Entwicklung von Verstehenshypothesen hat und welche verändernde Wirkung von diesem intensiven Auseinandersetzungsprozess in der Therapeutin selbst ausgehen kann.

## 5. Zusammenfassung

Ich möchte zum Schluss auf die Ausgangsfragen zurückkommen. Es ging darum, wie man Veränderung erkennt, was man tut, wenn der Therapieprozess stagniert und wie man sich selbst durch die Therapie verändert.

- Impulse zur Veränderung gehen von mehreren Mikroschritten aus. Bereits der Entschluss, eine Psychotherapie zu beginnen, ist in der Regel eine wesentliche Veränderung. Ein weiterer Schritt ist die Formulierung von Therapiezielen, die in jeder Psychotherapie impliziert sind. Therapieziele bieten einerseits Orientierung für Therapeutin und Klientin auf dem unsicheren Gelände, in dem sich Therapie abspielt. Die kontinuierliche Veränderung der Therapieziele im therapeutischen Prozess markiert andererseits die Veränderung und hält sie in Gang.
- Im therapeutischen Gespräch selbst kann durch verschiedene Interventionsformen der Zugang zum Erleben gefördert werden, einerseits durch die Alter-Ego-Beziehung, also das empathische Folgen, aber andererseits vor allem auch durch den personalen Dialog, die Auseinandersetzung in der aktuellen Beziehung im Hier und Jetzt. Wenn der Zugang zum Erleben der Klientin gelingt, ist die Basis für Veränderung geschaffen.
- Veränderung braucht aber auch Zeit, da, wie mit dem Modell der Pflegeelternschaft als Metapher für die therapeutische Beziehung gezeigt werden sollte, viele Entwicklungsschritte und therapeutische Interventionen nur in einer Beziehung möglich sind, in der die gegenseitige Bindung so stark ist, dass Therapeutin und Klientin es riskieren können, die Beziehung zu belasten, ohne fürchten zu müssen, deswegen verlassen zu werden.
- Ein wesentliches Veränderungspotenzial wird jedoch gerade in der Bewältigung der Abweichungen von der in der Therapietheorie geforderten Beziehungsqualität gesehen. Dabei kommt der Erfassung und dem empathischen Verstehen der sich etablierenden Beziehungsmuster besondere Bedeutung zu, um die Gefühle, die durch diese Muster abgewehrt werden, zu verstehen.
- Therapeutische Veränderung lässt sich am sichersten in der kontinuierlichen Entwicklung von Verstehenshypothesen verfolgen, in Gang halten und belegen. Verstehenshypothesen bauen auf den Erfahrungen der Therapeutin in der Beziehung zur Klientin auf, prüfen aber Erkenntnisse, die durch Empathie und Erleben der Therapeutin erschlossen werden, an Aussagen, Verhalten und Sympto-

men der Klientin. Gerade die Kontinuität der Verstehenshypothesen in ihrem Zusammenhang zeigen den therapeutischen Fortschritt.

Parallel zum Therapieprozess passieren Veränderungen im Leben der Klientinnen, die in der Therapie mehr oder weniger deutlich werden. Obwohl ich am Anfang behauptet habe, ich interessiere mich nicht für Veränderungen der Klientinnen, so ist mir inzwischen aufgefallen, dass es natürlich – so nenne ich sie – „Erntestunden“ gibt. Da ich aber dabei kaum etwas zu tun habe, außer die Freude und die damit verbundene Rührung zuzulassen, vergesse ich diese auf Grund meiner Persönlichkeitsstruktur leider sehr schnell (siehe fiktives Therapiegespräch).

Die in diesem Artikel geschilderte Beziehungsarbeit fordert mich sehr, mich mit mir auseinander zu setzen und ich habe den Eindruck, dass ich mich immer mit den Klientinnen *mit verändere*. Jede Veränderung der Klientinnen fordert zunächst von mir eine Veränderung, ein Aussteigen aus eigenen eingefahrenen Mustern. „Wenn ich mich einen anderen Menschen wirklich verstehen lasse, riskiere ich, durch das Verständnis verändert zu werden.“ (Rogers 1961a/1973, 34). Ich genieße die Intensität dieser Beziehungserfahrungen, die durch dieses kontinuierliche Sich-selbst-Riskieren aufgebaut wird, obwohl es viel Kraft kostet.

Durch die langjährige therapeutische Arbeit habe ich mittlerweile eine sehr große Erfahrung im Erkennen von sowie im Umgang mit Beziehungsmustern bzw. Abwehrstrategien bekommen. Ich kann mit großer Sicherheit einen langen Therapieprozess durchtragen und darin den Überblick behalten. Meine neuen Klientinnen profitieren davon, weil ich rascher und mit größerer Sicherheit konfrontierende Interventionen wagen und insgesamt mehr Halt geben kann.

Ich stehe jetzt eher vor der Schwierigkeit, bewusst dosieren zu müssen, welche Intervention Klientinnen zum jeweiligen Zeitpunkt, abhängig von ihrer speziellen Störung zugemutet werden kann und welche nicht. Ich stelle fest, dass ich nicht mehr die Geduld habe, wie ich sie früher zwar aus Unsicherheit aber durchaus zum Nutzen von Klientinnen aufbringen konnte.

Als Anfängerin hatte ich Mühe, zu hören, was eine Klientin sagte, später dann, konzentrierte ich mich darauf, den emotionalen Bezugsrahmen zu erspüren. In den letzten Jahren beschäftige ich mich damit, wie ich in den Therapien möglichst kongruent sein kann. Wohl ausgelöst durch die vermehrte theoretische Auseinandersetzung mit Psychotherapie taucht nun die Frage auf, für welche Klientinnengruppen ich hilfreich bin und für welche nicht. Ich stoße damit verstärkt auf die Notwendigkeit, mich mit unterschiedlichen störungsspezifischen Erlebensformen auseinanderzusetzen.

Wenn ich meine Erfahrung verallgemeinere, so wiederholt offenbar die einzelne Therapeutin den Entwicklungsprozess der gesamten Klientenzentrierten Psychotherapie noch einmal für sich in ihrer eigenen Praxis.

**Literatur**

- Ainsworth, M. D./Blehar, M. C., Waters, E./Wall, S. (1978), Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N.Y., (Erlbaum)
- Auckenthaler, A. (1989), Statt zu deuten: Psychotherapie auf der Basis von Verstehenshypothesen (dargestellt anhand der Supervision einer klientenzentrierten Paartherapie), in: Reinelt, T./Datler, W. (Hg.), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen, Berlin (Springer), 197–212
- Bauriedl, Th. (1984), Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, U./Binder, J. (1991), Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn (Klotz)
- Binder, U. (1994), Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn (Klotz)
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss, Vol 1 Attachment, New York (Basic Books); dt.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung, München (Kindler) 1975
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Gendlin, E. T. (1964), A theory of personality change, in: Worchel, Ph./Byrne, D. (eds.), Personality change, New York (Wiley), 206–247; dt.: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung, in: Bommert, H./Dahlhoff, H.-D. (Hg.), Das Selbsterleben in der Psychotherapie, München (Urban & Schwarzenberg) 1978, 1–62
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse R./Howe J. (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–222
- Keil, S. (2002), Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 353–376
- Keil, W. W. (1989), Warum es notwendig ist, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierten Ansatz zu trennen, in: Personzentriert 2, 5–10
- Keil, W. W. (1997), Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Therapie, in: Person 1, 1, 5–13
- Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personzentrierten Therapietheorie, in: Person 6, 1, 34–44
- Rogers, C. R. (1951), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1973; ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Frankfurt/Main (Fischer)
- Rogers, C. R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GWG) 1987
- Rogers, C. R. (1961), On becoming a person. A therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Rogers C. R. (1980), Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, H. I./Saddock, B.J./Freedman, A. M. (eds.), Comprehensive textbook of psychiatry, III, Baltimore, MD (Williams and Wilkins), 2153–2168; dt.: Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P. F., Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz (Grünwald) 1991, 185–237
- Sachse, R. (1992), Zielorientierte Gesprächstherapie. Eine grundlegende Neukonzeption, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (1997), Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (2002), Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 265–284
- Stumm, G./Keil, W.W. (2003), Personzentrierter Ansatz, in: Stumm, G./Wiltschko, J./Keil, W. W. (Hg.), Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie, Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta)
- Swidens, H. (1991), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- van Kessel, W./van der Linden, P. (1991), Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Der interaktionelle Aspekt, in: GwG-Zeitschrift 90, 19–32 und Der interaktionell orientierte Therapeut bei der Arbeit (Teil 2) in GwG-Zeitschrift 91, 18–28
- Wood, J. K. (1996), The person-centered approach: Toward an understanding of its implications, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P. F./Stipsits, R. (eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion, Frankfurt/Main (Lang), 163–181

**Autorin**

*Sylvia Keil, 1956, diplomierte Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Lehrtätigkeit am Fachhochschulstudiengang für Sozialarbeit, Studium für Berufstätige des FH-Campus Wien sowie Mitarbeit in der Psychotherapie-Ausbildung der ÖGWG als Lehrtherapeutin und Ausbilderin.*

**Kontaktadresse**

*Sylvia Keil  
 Albertgasse 39/6  
 A-1080 Wien  
 E-Mail: sylvia.keil@aon.at*