

Diether Höger und Doris Müller

# Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten

**Zusammenfassung:** *In diesem Beitrag soll theoretisch begründet und mit einem Fallbeispiel veranschaulicht werden, wie anhand der von Bowlby und Ainsworth begründeten Bindungstheorie das Beziehungsangebot der Personzentrierten Psychotherapie und dessen Wirksamkeit theoretisch begründet werden kann. Darüber hinaus gibt sie auch für die Praxis entscheidende Hinweise für die Gestaltung therapeutischer Interventionen, die auch unter schwierigen Bedingungen vom Patienten als zugleich empathisch und bedingungsfrei akzeptierend wahrgenommen werden können.*

**Schlüsselwörter:** *Klinische Psychologie, Psychotherapieforschung, Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie*

**Résumé:** *La théorie de l'attachement comme base pour la réponse empathique à l'offre de relation des patients. Se fondant sur la théorie et l'exemple d'un cas particulier, cet article veut illustrer comment l'offre de relation de la psychothérapie centrée sur la personne et son efficacité peuvent être prouvées théoriquement en se basant sur la théorie de l'attachement établie par Bowlby (1969) et Ainsworth (voir Ainsworth et al. 1978). Par ailleurs, il donne aussi des indications importantes au niveau de la pratique des interventions thérapeutiques. Cette intervention peut être perçue par le patient, comme à la fois empathique et inconditionnellement acceptante même dans des conditions particulièrement difficiles.*

**Mots clés:** *psychologie clinique, recherche en psychothérapie, effets de la psychothérapie centrée sur la personne*

## Einleitung

Nach den von Rogers (1957a; 1959a) genannten sechs Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen hängt der therapeutische Prozess vom empathischen Verstehen durch den in der Beziehung zum Patienten kongruenten Therapeuten ab, sofern dies von dessen bedingungsfreier Wertschätzung begleitet ist und vom Patienten<sup>1</sup> auch so wahrgenommen wird. Folgen wir der Definition von Rogers (1959a), dann besteht das empathische Verstehen in der Psychotherapie aus zwei Komponenten:

1. Dem empathischen Verstehen als einer elementaren Funktion der sozialen Wahrnehmung des Menschen (vgl. Bischof-Köhler 1989; 1991) sowie
2. der angemessenen Mitteilung des empathisch Verstandenen an

den Patienten, wobei die Art der Mitteilung dann „angemessen“ ist, wenn sich der Patient akzeptiert und verstanden fühlt.

Nach Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995) ist eines der Indikatorkriterien für Klientenzentrierte Psychotherapie, dass „der Klient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahrnehmen und annehmen kann“ (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995, 155). Wir erweitern diesen Ansatz, denn nach dem Beziehungskonzept von Hinde (1997) *ist die therapeutische Beziehung das dialektisch-prozessuale Produkt zweier Beziehungsangebote, nämlich dem des Therapeuten und dem des Patienten*. So gesehen ist für den therapeutischen Prozess entscheidend und wird damit zur Aufgabe des Therapeuten, das Beziehungsangebot des Patienten, auch dann, wenn es sich als schwierig und irritierend erweist, empathisch zu verstehen, bedingungsfrei zu akzeptieren und das so Verstandene dem Patienten auf eine Art und Weise mitzuteilen, dass er diese Mitteilung als empathisch und akzeptierend wahrnehmen kann.

<sup>1</sup> Wir wählen der einfacheren Lesbarkeit halber die allgemeine Form, mit der Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

## Therapeutisch relevante Aspekte der Bindungstheorie

Für diese Aufgabe bietet die dem Klientenzentrierten Konzept in ihrer Fragestellung und Forschungsmethodik weitgehend verwandte Bindungstheorie (Bowlby 1969; Höger 2002) einen theoretisch wie auch empirisch begründeten Orientierungsrahmen. Folgen wir ihr, so lässt sich festhalten:

1. Psychotherapie ist eine bindungsrelevante Situation. Ein Patient, der sich in Psychotherapie begibt, befindet sich in einem Zustand von Kummer und Not, aus dem er sich nicht aus eigener Kraft und Kompetenz befreien kann. Nach der Bindungstheorie ist in einem solchen Zustand sein *Bindungssystem* aktiviert (Bowlby 1988). Ziel eines aktivierten Bindungssystems ist es, eine Situation zu finden, in der sich die Person bei einem anderen Menschen frei von Bedrohung fühlen kann und ein hinreichendes Maß an Hilfe, Schutz und Sicherheit erfährt („secure base“; vgl. Bowlby 1988). Genau das bietet ihm das klientenzentrierte Beziehungsangebot des von bedingungsfreier Wertschätzung begleiteten empathischen Verstehens, allerdings unter der Bedingung, dass der Patient es auch in dieser Weise wahrnehmen kann.

Der Begriff „Bindung“ ist insofern zu relativieren, als er nur einen Teil dessen wiedergibt, worum es bei dem Verhaltenssystem „Bindung“ eigentlich geht. Zwar erklärt er das Phänomen weitgehend überdauernder spezifischer Bindungsbeziehungen zwischen Menschen. Seine durch die Evolutionsgeschichte der Menschheit gegebene *Funktion* ist es jedoch, der Person in Situationen von Kummer und Not die lebensnotwendige Hilfe und Unterstützung durch andere Menschen zu gewährleisten, an die sich zunächst der Säugling und das Kleinkind wenden können. Insofern wäre die Bezeichnung „Notfallsystem“ gleichermaßen sinnvoll. Um die benötigte Hilfe und Fürsorge zu gewährleisten, ist es besonders effizient, eine spezielle Beziehung zu einer begrenzten Anzahl von Personen herzustellen, an die sich die Signale vorzugsweise richten, und die sich dann ihrerseits verantwortlich fühlen und auf diese Signale reagieren, eben die Bindungspersonen. Wie Untersuchungen gezeigt haben, bleibt diese Funktion des Bindungssystems auch im Erwachsenenalter erhalten, auch wenn es sich dann an andere Bindungspersonen richtet (Ainsworth 1985; Feeney 1999; Hazan/Zeifman 1999).

2. Von der sicheren Basis aus kann im Zustand hinreichender Sicherheit die Aktivierung des *Explorationssystems* erfolgen, das seinerseits die Funktion hat, spontan und von sich aus unbekannte, unvertraute und daher ängstigende Aspekte der Welt und damit auch des eigenen Erlebens zu erkunden sowie neue Verhaltensweisen zu erproben. Damit treten konstruktive Veränderungen ein, die Kompetenzen des Patienten im Umgang mit sich selbst und seiner Umgebung erweitern sich; in der Sprache des klientenzentrierten Konzepts: Der entfaltende Aspekt der Aktualisierungstendenz (Höger 1993) greift Platz und Inkongruenz wird reduziert.

Rogers (1951a, 52) hat diesen Sachverhalt schon sehr früh beschrieben: „In der emotionalen Wärme der Beziehung mit dem Therapeuten erfährt der Patient ein Gefühl der Sicherheit, wenn er merkt, dass jede von ihm ausgedrückte Einstellung fast auf die gleiche Weise verstanden wird, wie er sie wahrnimmt, und gleichzeitig akzeptiert wird“. Er sei dann z. B. in der Lage, ein von ihm erfahrenes vages Schuldgefühl zu erforschen oder den feindlichen Sinn bestimmter Aspekte seines eigenen Verhaltens wahrzunehmen und zu verstehen, warum er sich schuldig gefühlt hat und warum er dies vor seinem Bewusstsein leugnen musste.

3. Das aktivierte Bindungssystem des Patienten zeigt sich in dessen Beziehungsangebot an den Psychotherapeuten und besteht insofern aus *Bindungsverhalten*. Dieses ist allgemein definiert als alles Verhalten mit dem Ziel, die Nähe und Zuwendung der Bindungspersonen herbei zu führen, und richtet sich in der Psychotherapie an den Therapeuten. Dieses von außen sichtbare Verhalten ist von inneren Prozessen (Kognitionen, Bedürfnissen und Emotionen) begleitet und wird in seiner jeweils individuellen Eigenart durch die *Bindungsmuster* (Ainsworth/Blehar/Waters/Wall 1978) bestimmt, die üblicherweise als „sicher“, „unsicher-vermeidend“ und „unsicher-ambivalent“ unterschieden und beschrieben werden.

Main (1990) hat diese Bindungsmuster als adaptive Strategien des Bindungssystems interpretiert, die sich im Verlauf der bisherigen Bindungserfahrungen einer Person mit ihren Bindungspersonen (vor allem in ihrer frühen Kindheit) als für die Sicherung der eigenen Existenz relativ optimal erwiesen haben. Diese Bindungserfahrungen beruhen auf der Art und Weise, wie die Bindungspersonen auf die Bindungsbedürfnisse bzw. das Bindungsverhalten und das damit verbundene Erleben dieser Person eingegangen sind. Zusammenfassend werden diese adaptiven Strategien von Main klassifiziert als:

1. *Primäre Strategie*, sofern in der bisherigen Entwicklung die Bindungsbedürfnisse in weitgehend zuverlässiger und vorhersehbarer Weise verstanden und befriedigt worden sind. Sie besteht in der direkten Suche nach (möglichst vertrauten) Personen, die Nähe oder Hilfe gewähren können, und ist verbunden mit dem Vertrauen, deren Zuwendung und Hilfe auch zu erhalten („sicheres“ Bindungsmuster).
2. *Sekundäre Strategien* entwickeln sich, wenn die Bedingungen für das Entwickeln der primären Strategie nicht gegeben waren. Zwei Varianten lassen sich unterscheiden:
  - a) *Deaktivierung des Bindungsverhaltens*: Sie entwickelt sich, wenn Bindungsbedürfnisse konstant frustriert wurden („unsicher-vermeidendes“ Bindungsmuster). Das zugehörige Patientenverhalten kann dann u. a. bestehen:
    - im Vermeiden von Signalen der Hilfsbedürftigkeit,
    - im Zurückweisen von (therapeutischen) Hilfsangeboten,
    - im Unwillen bzw. der Unfähigkeit, das eigene Erleben, insbesondere Gefühle, wahrzunehmen und/oder anderen mitzuteilen und

- im Vermeiden aller Formen von Nähe und Vertrautsein.
- b) *Hyperaktivierung des Bindungssystems*: Sie entwickelt sich, wenn die Befriedigung oder Frustration von Bindungsbedürfnissen durch die Bindungspersonen nicht vorhersehbar war („unsicher-ambivalentes“ Bindungsmuster). Diese Strategie von Patienten zeigt sich in der Therapie u. a.
  - in übersteigerten, d. h. den Therapeuten letztlich überfordernden, Ansprüchen an dessen Zuwendung und Hilfsbereitschaft,
  - in Angst vor Zurückweisung und Verlassenwerden,
  - in Misstrauen in Hinblick auf die Aufrichtigkeit und Zuverlässigkeit des therapeutischen Beziehungsangebots,
  - in widersprüchlichen oder gar paradoxen Kommunikationen von Bedürfnissen nach Hilfe und Zuwendung des Therapeuten (z. B. wenn sich hinter dem Zurückweisen, unfairen Kritisieren und Beschimpfen des Therapeuten letztlich der Wunsch nach Zuwendung und Akzeptiertwerden verbirgt).

Der Vorteil dieses Strategiekonzepts nach Main (1990) ist, dass Personen hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens nicht von vorne herein auf einen „Bindungstyp“ festgelegt werden müssen. Vielmehr ist es möglich, notwendige Differenzierungen vorzunehmen, indem einzelne *Verhaltensweisen in bestimmten Situationen* einer der genannten Strategien des Bindungssystems zugeordnet werden. Dann geht es weniger um der Person zugeschriebene Eigenschaften, sondern um deren jeweils aktuelles Verhalten und Erleben.

## Konsequenzen für die therapeutische Beziehung

Diese von den bisherigen Bindungserfahrungen der Patienten abhängigen Strategien treten bei aktiviertem Bindungssystem, also vorzugsweise in Situationen von Kummer und Not, in Funktion, also auch und vor allem dann, wenn sich ein Patient in Psychotherapie begibt. Sie bestimmen sein Beziehungsangebot an den Psychotherapeuten und können vor allem als sekundäre Strategien (die bei Psychotherapie-Patienten fast die Regel sind) nur allzu leicht dessen therapeutisches Selbstverständnis bedrohen, Abwehrprozesse bei ihm auslösen und in Form von Problemen der Akzeptanz und des empathischen Verstehens sein klientenzentriertes Beziehungsangebot an den Patienten ernsthaft in Frage stellen. Patienten sind jedoch auf ihre Strategien des Bindungssystems angewiesen, denn sie hatten sich in der frühen Kindheit und in den folgenden Jahren als buchstäblich überlebenswichtig erwiesen, um Zustände des Verlassenseins zu ertragen sowie ein zumindest relatives Optimum an Zuwendung der Bindungspersonen zu erlangen. Dabei sind sie in aller Regel im Bewusstsein nicht symbolisiert und damit der Reflexion nicht zugänglich.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage, ob der Patient mit seinem Bindungsmuster auf das ursprünglich von Zuwendung und akzeptierend-empathischem Verstehen bestimmte Beziehungsangebot des Klientenzentrierten Therapeuten eingehen kann, nicht mehr zur Frage nach der *Indikation* für Klientenzentrierte Psychotherapie, sondern statt dessen zur *Herausforderung an den Psychotherapeuten*. Und sie wird dies umso mehr, als es nach dem klientenzentrierten Konzept eindeutig darum geht, das Verhalten und Erleben des Patienten, *genau so, wie es eben ist*, zu akzeptieren und empathisch zu verstehen, und zwar ohne dabei irgend welche Bedingungen zu stellen, wie etwa an dessen Fähigkeit bzw. Bereitschaft zur Selbstexploration.

Auf der Basis der beschriebenen bindungstheoretischen Sichtweise kann der Klientenzentrierte Therapeut

- sich auch ein irritierendes Beziehungsangebot eines Patienten erklären, indem er es auf dessen Bindungserfahrungen zurückführt. Er kann es dann nicht als gegen sich selbst gerichtet, sondern als das Ergebnis einer lebensnotwendigen Adaptation begreifen. Dadurch kann es ihm wesentlich leichter fallen, irritierende Verhaltensweisen eines Patienten nicht als Bedrohung zu erleben, und er kann sie bei aller Schwierigkeit bedingungs-frei akzeptieren;
- wertvolle Hinweise für sein einführendes Verstehen erhalten, indem er die früheren bindungsrelevanten Erfahrungen sowie (vor allem!) die augenblickliche Befindlichkeit des Patienten, d. h. dessen inneren Bezugsrahmen, leichter und besser nachvollziehen kann, selbst wenn dieser ihm persönlich mehr oder weniger fremd ist;
- angemessene therapeutische Handlungsweisen entwickeln, mit denen er dem Patienten das Verstandene in einer Weise mitteilt, die dieser mit seinen (im Bindungsmuster begründeten) Erwartungen und Befürchtungen nicht als bedrohlich erlebt. Sie sollen es ihm darüber hinaus ermöglichen, sich verstanden, akzeptiert und unterstützt zu erleben, so dass er sich in einer zuverlässigen (Bindungs-)Beziehung aufgehoben fühlen kann, in der sein Explorationssystem aktiviert wird und er sich mit all dem, was für ihn an sich selber fremd, irritierend und ängstigend ist (seinen „Inkongruenzen“), auseinandersetzen und es klären kann – worauf schließlich seine therapeutische Veränderung beruht.

Was das empathische Verstehen als eine der sechs von Rogers postulierten Bedingungen für therapeutische Veränderung betrifft, so kann sich das dort angesprochene „Mitteilen“ des empathisch Verstandenen an den Patienten nicht nur auf das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (Truax 1961) oder das Sprechen über das Selbst des Patienten (Tausch/Tausch 1979) beschränken. Vielmehr besteht das gesamte verbale und nonverbale Verhalten des Therapeuten aus expliziten wie auch impliziten Mitteilungen – ob er will oder nicht, denn es wird vom Patienten so erfahren. Nach Höger (1995; 2000)

hat Rogers (1959a) versucht, allgemeine Prinzipien therapeutischen Handelns zu beschreiben, und dementsprechend seine sechs Bedingungen auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert. Aus Gründen der Logik *lassen sich daraus konkrete Verhaltensweisen nicht eindeutig ableiten*. Umgekehrt ist es allerdings möglich, konkrete Verhaltensweisen eines Therapeuten in einem gegebenen Kontext darauf hin zu beurteilen, inwieweit sie übergeordneten Prinzipien entsprechen. Vor allem: Patienten erfahren sehr genau – auch wenn sie dies nicht im Bewusstsein symbolisieren – inwieweit sie sich akzeptiert und verstanden fühlen.

Sicherlich können anhand der Bindungstheorie Thesen zur individuellen Genese von Merkmalen des Verhaltens und Erlebens eines Menschen formuliert werden, ebenso für die von psychischen Störungen und Krankheiten. Dies ist jedoch hier nicht unser eigentliches Ziel. Worum es uns vor allem geht, ist das Verstehen des Verhaltens und Erlebens eines Patienten in der therapeutischen Beziehung, insbesondere im jeweiligen Augenblick, wobei „Verstehen“ in zweierlei Sinn gemeint ist: Zum Einen als „erklären können“, zum Anderen um das Einfühlen in die innere Situation des Patienten – wobei letzteres vor allem in der unmittelbaren Interaktion mit dem Patienten bedeutsam ist, ersteres mehr in den Zeiten, in denen wir über unsere Patienten nachdenken.

Konkret kann das z. B. bei einer *deaktivierenden Strategie* bedeuten, dass ein Patient gegenüber dem Hilfsangebot eines Psychotherapeuten skeptisch ist oder es gar rundheraus ablehnt. Ebenso weiß er mit dem Angebot, über sein Erleben zu sprechen, nichts anzufangen. Wenn ein Therapeut auf einem Beziehungsangebot beharrt, das die Kooperationsbereitschaft und Selbstexploration des Patienten voraussetzt, so fehlt es ihm an bedingungsfreier Akzeptanz des Patienten und er bedroht dessen überlebenswichtige adaptive Strategie, nämlich Bindungsverhalten zu unterdrücken und sich statt dessen selbst helfen zu müssen, Gefühle zu vermeiden und sein Bedürfnis nach Nähe abzuwehren. Einem in diesem Sinne bedrohlichen Beziehungsangebot des Therapeuten muss er sich entziehen.

In einer solchen Situation kann der Psychotherapeut dem Patienten sein akzeptierendes Verstehen beispielsweise indirekt mitteilen, indem er die Entscheidung über das (stark personbezogene) Hilfsangebot einer Psychotherapie erst einmal aufschiebt und statt dessen anbietet, zunächst über (das mehr „sachliche“) Symptom bzw. die Probleme und Umstände zu sprechen, die ihn in die Therapie geführt haben (vgl. Reisch 1997; 2002). Das Erleben des Patienten wird er dann nur sehr vorsichtig und lediglich so weit ansprechen, wie dieser sich darauf einlassen kann. Er kann dies beispielsweise tun, indem er beschreibt, wie ihm anstelle des Patienten zumute wäre, und ihm dabei völlig freistellt, zu prüfen, inwieweit dies möglicherweise auch für ihn zutreffen könnte. Er wird ferner sorgfältig darauf achten, in seiner Zuwendung an den Patienten zwar beharrlich zu bleiben, sie aber so zu dosieren, wie dieser sie annehmen kann, ohne dass er Zeichen des Unbehagens und der Distanzierung erkennen lässt.

*Hyperaktivierende Strategien* hingegen stellen den Psychotherapeuten u. a. vor das Problem, sich mit den übergroßen, oft mit Misstrauen gepaarten Ansprüchen an seine Zuwendung auseinander zu setzen, die der Patient in seiner sozialen Lerngeschichte auch schon anderen Personen gegenüber gezeigt hat. Deren übliche Reaktion war es in der Regel gewesen, auf diese zunächst einzugehen, sich aber dann angesichts der kaum erfüllbaren Ansprüche wieder zurück zu ziehen. Sie taten dies meistens, ohne es näher zu begründen, was ihn in seinen pessimistischen Erwartungen wiederum nur bestätigen musste. Und so bestimmen inzwischen diese pessimistischen Erwartungen die soziale Wahrnehmung eines solchen Patienten und damit auch die Art und Weise, wie er die Interventionen des Therapeuten einordnet. Sein intensiver Wunsch nach Zuwendung besteht zusammen mit der Erwartung, als Person abgelehnt zu werden (Höger 1999), und so misstraut er der Zuwendung des Therapeuten bzw. kann sie erst gar nicht als solche erkennen. Entscheidend für den Therapeuten ist es dann, nicht zu erwarten, seine Zuwendung werde vom Patienten als solche erkannt oder gar durch Dankbarkeit honoriert. Er kann dann, ist die therapeutische Beziehung erst einmal etabliert, akzeptierend mitgeteilte Rückmeldungen darüber geben, welche Reaktionen (positive wie negative) der Patient mit seinem Verhalten beim Psychotherapeuten auslöst. Er kann so dem Patienten ein realistischeres Bild über seine Wirkung auf andere vermitteln, was für ihn wiederum eine Grundlage für ein angepassteres, weil realitätsgerechteres, Verhalten und Erleben gibt.

Insgesamt gesehen geht es darum, dem Patienten in der therapeutischen Beziehung die Möglichkeit zu geben

- korrigierende bindungsrelevante Erfahrungen zu machen und dabei neue Formen der adaptiven Strategien seiner Bindungssystems zu entwickeln und
- seine Erfahrungen, insbesondere die bindungsbezogenen, vollständiger zu symbolisieren und in sein Selbstkonzept zu integrieren.

Die Konsequenz wird für ihn sein:

- eine bessere Nutzung sozialer Ressourcen sowie
- die Steigerung seiner Kompetenzen bei seiner Lebensbewältigung.

## Falldarstellung einer Gesprächspsychotherapie

Die folgende Falldarstellung soll zeigen, wie aufgrund des Bindungsmusters und der damit verbundenen Beziehungserwartung einer Patientin das „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“ als vorwiegender Ausdruck von Empathie vor allem zu Beginn der Behandlung nicht angemessen war, um das therapeutische Beziehungsangebot für sie erlebbar und annehmbar zu machen. Bezogen auf die Störung sowie die individuelle Eigenart der Patientin erschien hingegen ein alternatives Verhalten angemessen, um

speziell ihr eine „sichere Basis“ zu bieten. Es war auf diese Weise möglich, die Blockade ihrer Aktualisierungstendenz erheblich zu mindern und somit mehr Raum für Entfaltung und autonomes Verhalten entstehen zu lassen. Dabei werden von den Vorgehensweisen vor allem diejenigen dargestellt, die etwas mit den sichtbar gewordenen Bindungsstrategien zu tun hatten.

*Zur Vorgeschichte<sup>2</sup>:* Die Patientin war zu Beginn der Therapie Mitte 30, verheiratet, kinderlos und technische Zeichnerin. Ihre Eltern waren sehr jung (18 und 21 Jahre), als sie schnell nacheinander fünf Kinder bekamen, von denen die Patientin das dritte war. Die Familie war sehr arm. Zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr hat sehr wahrscheinlich ein kontinuierlicher sexueller Missbrauch stattgefunden, die Patientin konnte aber nur andeutungsweise Mitteilungen machen. Sie hat sich damals ihrer Mutter anvertraut, die ihr aber nicht glaubte und statt dessen drohte, niemand wolle mit ihr zu tun haben, wenn sie solche Geschichten erzähle.

Die Patientin kaute Nägel (was sie immer noch tut), litt als Kind unter Alpträumen und hatte immer panische Angst, wenn der Vater nach Hause kam. Von ihm gab es unberechenbar Schläge. Die einzige positive Erinnerung der Patientin an die Kindheit gilt ihren Besuchen bei der Großmutter mütterlicherseits. Von ihr fühlte sie sich akzeptiert und herzlich behandelt und hier hat sie wohl erfahren, dass es so etwas wie Schutz und Zuwendung gibt.

Die Mutter verschuldete sich regelmäßig beim Spielen und forderte häufig von der Patientin Geld, das sie ihr auch gab, sich dabei aber selbst verschuldete. Später konnte sie sich gegen die Mutter diesbezüglich besser durchsetzen und durch viele Überstunden ihre Schulden zurückzahlen. Jahrelang überforderte sie sich bis zur totalen Erschöpfung, ohne dass sie ihr Befinden spüren konnte.

Schon früh verließ die Patientin das Elternhaus und wohnte in einer Wohngemeinschaft. In dieser Zeit nahm sie Drogen. Auf Veranlassung ihres damaligen Chefs unterzog sie sich einer monatelangen Behandlung in einer psychosomatischen Klinik. Zehn Jahre vor der hier beschriebenen psychotherapeutischen Behandlung wurde die Patientin vergewaltigt. Bald danach hatte sie eine Entzündung, die nicht ausheilte. In der Folgezeit konnte sie nicht mehr gehen, was ihr in der ersten Klinik, in der sie behandelt wurde, als Simulation ausgelegt wurde. Schließlich wurde die Symptomatik in einer anderen Klinik auf die unausgeheilte Entzündung als Ursache zurückgeführt. Die Patientin war damals über ein Jahr lang krank geschrieben.

Die Patientin hat viele Bekannte, für die sie immer da ist. Die Bitte einer Bekannten abzulehnen hat für sie die Bedeutung einer vollständigen Absage an die Freundschaft. Umgekehrt zeigt sie aber für jeden Verständnis, der ihr eine Bitte abschlägt – allerdings

begibt sie sich erst gar nicht in diese Gefahr, indem sie niemanden um Hilfe bittet.

Vor einigen Jahren hatte sich die Patientin sehr eng an eine Frau angeschlossen, die ihr zur wichtigsten Freundin wurde. Ihr gegenüber entwickelte sie, ohne dass sie sich dessen bewusst war, sehr große Erwartungen. Dieser Freundin erzählte sie zum ersten Mal die Geschichte ihres Missbrauchs und der Vergewaltigung, was für sie ganz kurz erleichternd war. Bald danach distanzierte sich jedoch die Freundin. Die genauen Umstände waren nicht zu eruieren, bestätigt hat sich jedoch die Vermutung, dass die Freundin von den relativ plötzlich entstandenen, der Patientin nicht bewussten Riesenerwartungen (bindungstheoretisch entsprechen sie einer hyperaktivierten Strategie des Bindungssystems) völlig überfordert war und sich etwas zurückzog – allerdings ohne die Absicht, die Freundschaft zu beenden. Die Patientin fasste diesen Rückzug aber als totale Absage auf (entsprechend ihrer Vermutung, wie man auf ein „Nein“ von ihr reagieren würde). Sie war überzeugt, die Beziehung zerstört zu haben, und dieser Verlust machte für sie ihr Leben sinnlos.

*Psychischer Befund bei Behandlungsbeginn und Diagnose:* Die Patientin war nur bedingt emotional ansprechbar und kontaktfähig. Sie war beherrscht von massiven Ängsten, Schuldgefühlen, Verzweiflung und Suizidgedanken, die sie nicht mehr abwehren konnte. Jahrelang war es ihr offensichtlich möglich gewesen, durch Abspalten und Leugnen die Wahrnehmung nicht akzeptierter Gefühle und Konflikte zu vermeiden. Ihre Motivation zur Psychotherapie war ambivalent: Einerseits suchte sie dringend Hilfe, gleichzeitig schämte sie sich wegen ihrer Hilfsbedürftigkeit, so dass sie sich sehr zurückzog. Hier zeigt sich ein Wechsel zwischen hyper- u. deaktivierenden Strategien ihres Bindungssystems.

Die Patientin wurde von der zwanghaften Wahnidee gequält, dass sie die einzige sinnvolle Beziehung ihres Lebens zerstört hat. Ihre Antriebs- und Affektstörungen hatten psychotischen Charakter. Sie können als Ausdruck eines hyperaktivierten Bindungsmusters verstanden werden. Es zeigt sich in ihren heftigen Bindungsbedürfnissen die intensive Suche nach Zuwendung und Unterstützung in der Not, die sie aber gleichzeitig als bedrohlich und gefährlich bewerten muss, denn nach ihren bisherigen Erfahrungen bringt Zuwendung die Gefahr der Ablehnung, des Missverständnisses oder gar des Missbrauchs mit sich. Zum Zeitpunkt des Beginns der Psychotherapie war dementsprechend nach ICD-10 die Diagnose F32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen auf dem Hintergrund einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

*Verlauf der Psychotherapie:* Die Psychotherapie umfasste insgesamt 110 Sitzungen.

Die *erste Phase* war dem „Überleben“ der Patientin sowie dem Beziehungsaufbau gewidmet und umfasste einschließlich der probatorischen ca. 30 Sitzungen. Diese Phase wird am ausführlichsten

<sup>2</sup> Aus Datenschutzgründen wurden die Daten verändert, ohne die wesentlichen Merkmale zu beeinträchtigen.

beschrieben, weil hier die Notwendigkeit am größten war, auch mit ungewöhnlichen Interventionen empathisch-akzeptierend auf die spezielle Eigenart der Patientin einzugehen.

Die Patientin meldete sich telefonisch, um einen Termin zum kennen lernen zu vereinbaren. Sie sagte, ihr Hausarzt habe sie gedrängt, sich bei mir<sup>3</sup> zu melden. Sie könne ja mal kommen und dann weiter sehen. Entsprechend einer deaktivierenden Strategie gibt sie sich nicht selber als diejenige aus, die Hilfe sucht, sondern als von anderen gedrängt. Ihrer eigenen Hilfsbedürftigkeit misst sie nicht genügend Gewicht bei, vielmehr soll die dringende Empfehlung anderer ihrer Anfrage den nötigen Nachdruck geben. Auch schützt sie sich vor Enttäuschungen, indem sie ihr Bedürfnis nach Hilfe und Zuwendung nicht im Bewusstsein symbolisiert und sich damit nicht zu eigen macht.

Als die Patientin zum Erstgespräch kam, wirkte sie sehr ängstlich, unkoordiniert in ihren Bewegungen, als wisse sie nicht „wohin mit sich“. Ich bot ihr im Therapiezimmer einen Sessel an, konnte aber ihrer Mimik entnehmen, dass sie nicht in der Lage war, Platz zu nehmen. Ich habe dieses Verhalten als hochgradige allgemeine Erregung im Zusammenhang mit einer entsprechenden Aktivierung des Bindungssystems verstanden und ging darauf ein, indem ich ihr anbot, in dem größeren Gruppenraum und der Diele umher zu gehen. Ich selbst setzte mich weit von der Tür weg, um ihr den möglichen „Fluchtweg“ nicht zu blockieren. Damit teilte ich ihr nonverbal mit, dass ich ihr jede Bewegungsfreiheit lasse und sie sich nicht bedroht fühlen muss.

Ohne Blickkontakt aufzunehmen (also unter Vermeiden einer direkten Beziehung), berichtete die Patientin unzusammenhängend, stockend und mit langen Pausen, wie sie die Beziehung zu ihrer besten Freundin kaputt gemacht habe, weil sie ihr etwas erzählt habe. Den (vermeintlichen) Bruch der Freundschaft erlebte sie ganz so, als sei hier die Drohung der Mutter wahr geworden (s. o.). Sie hatte die wahnhaftige Schuldvorstellung, durch das Erzählen ihrer Geschichte die für sie so wichtige Freundschaft zerstört zu haben.

Auf Nachfragen konnte die Patientin nur mit Nicken und Kopfschütteln eingehen. Sie äußerte heftige Zweifel, ob ihr überhaupt jemand helfen könne, aber andererseits werde sie die „Bilder nicht los“ und wisse auch nicht, ob sie das „überhaupt aushalte“. In diesem Verhalten zeigt sich eine charakteristische Mischung aus Hyper- und Deaktivierung des Bindungssystems: „Ich halte das nicht aus“ ist ein äußerst dringender, dabei aber nur indirekter und damit verdeckter Appell an die Zuwendung der Therapeutin. Der fehlende Blickkontakt hingegen, ebenso das stockende und nur andeutende Erzählen, zeigt die deutliche Unterdrückung bzw. Deaktivierung eines direkten, Schutz, Nähe und Zuwendung suchenden Bindungsverhaltens. Früher, so die Patientin, habe sie „immer alles im Griff“

gehabt (auch dies ist als ein charakteristisches Ziel einer auf sich selbst gestellten, das Suchen von Zuwendung vermeidenden Strategie zu sehen). Aus den wenigen Mitteilungen der Patientin konnte geschlossen werden, dass ihr depressive Episoden nicht fremd sind. Allerdings sei es noch nie so schlimm gewesen wie jetzt, dass sie die „Bilder aus der Vergangenheit“ nicht mehr „wegschieben“ könne.

In diesem Erstkontakt war ich eher unsicher, wie intensiv ich mein Beziehungsangebot und meine Bereitschaft, ihr zu helfen, äußern sollte. Ich sagte ihr deutlich, dass ich bereit sei, mit ihr zu arbeiten, auch sei ich sicher, dass sie davon profitieren könne, überließ aber ausdrücklich ihr die Entscheidung. Ich bin aber ziemlich sicher, dass meine Ausstrahlung etwas zurückhaltend war. Zum Einen berücksichtigte ich intuitiv ihre Angst vor Nähe, sicher spielte es aber auch (wie ich bei nachträglicher Reflexion bemerkte) eine Rolle, dass ich die auf mich zukommende harte Arbeit ahnte, falls die Patientin sich zur Therapie entschließen würde – was dann auch tatsächlich zutreffen sollte. Aus meiner heutigen Sicht hätte die Patientin an dieser Stelle ein klareres Signal der Bereitschaft zur Zuwendung gebraucht, denn es dauerte immerhin drei Monate bis sie sich wieder bei mir meldete, und zwar telefonisch mit der Mitteilung, dass sie sich jetzt sofort umbringen wolle.

Der von ihr gewählte Appell löste geradezu zwingend Hilfeverhalten aus. Bei diesem Telefonat äußerte ich zunächst einführendes Verstehen in Bezug auf ihre Sehnsucht nach ewiger Ruhe vor den quälenden Gedanken und Selbstvorwürfen. Dann versuchte ich, sie zu beruhigen und ihr Hoffnung zu geben, um ihr dann konfrontativ mitzuteilen, die Tatsache, dass sie mich angerufen habe, sei ein Beleg dafür, dass sie sich in Bezug auf das Sterben wollen noch nicht so ganz sicher sei. Als nächstes war ich direktiv: Ich schickte sie mit dem Glas voller aufgelöster Schlaftabletten zur Toilette und „befahl“ ihr sozusagen, es auszuschütten – dann würde ich mit ihr weiter sprechen. Das tat die Patientin, und ich konnte mit ihr probatorische Sitzungen verabreden.

Nach der dritten Sitzung meldete sie sich telefonisch, um mir mitzuteilen, dass sie sich nicht mehr aus dem Haus und Autofahren traue. Ich fasste das als einen weiteren, indirekten Hilferuf auf, der mir ihre elementare Hilflosigkeit signalisieren sollte. Mein Angebot von Hausbesuchen nahm sie an. Hausbesuche sind eine bei Psychotherapie eher ungewöhnliche Maßnahme. Meiner Erfahrung nach hat sie sich jedoch bei Patienten mit schweren Störungen und hochgradiger Verunsicherung (vor allem bei psychotischer Symptomatik) sehr bewährt. Sie haben so die Möglichkeit, in der Umgebung zu bleiben, in der sie sich noch am sichersten fühlen. Aus dieser minimalen Sicherheit heraus ist dann der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu einer fremden Person etwas leichter. Eine angedachte stationäre Behandlung lehnte die Patientin kategorisch ab.

Bei den Hausbesuchen (zweimal die Woche) saß sie meist in eine Decke gehüllt in der Küche, so dass zeitweilig von ihr nur die Haarspitzen zu sehen waren. Wenn sie die Haustür öffnete, schaute sie mich nicht an und huschte sofort wieder unter die Decke. Ich

---

3 Die Ich-Form wird hier gewählt, weil sich der Bericht der Therapeutin D.M. direkt auf ihr eigenes Erleben und Handeln bezieht.

vergewisserte mich am Anfang bei ihr, wo ich mich hinsetzen sollte, und bekam ein Nicken, wenn es passend war. Die Patientin sprach kaum, meine Interventionen waren vor allem beruhigend in dem Sinne, dass ich Dinge sagte, wie „Ich bin da“, „Ich bleibe jetzt eine Stunde“, „Sie müssen im Moment gar nichts tun“, „Es ist völlig in Ordnung, wenn Sie nicht mit mir sprechen wollen“, „Ich werde ganz sicher am ... um ... Uhr wiederkommen“. Wenn es mir gelang, ihre momentane Befindlichkeit in Qualität und Intensität genau zu erfassen, nahm sie kurz Blickkontakt auf und es war eine leichte Entspannung bemerkbar. Sehr erleichtert wirkte sie bei meiner geäußerten Vermutung, dass ihr Schweigen wohl auch damit zu tun habe, dass sie befürchtet, auch den Kontakt zu mir zu verlieren, wenn sie ihre Geschichte erzählt.

Nach und nach konnte sie Bruchstücke von sich mitteilen und war auch bereit, mit mir einen Arzt aufzusuchen, um sich ein Antidepressivum verschreiben zu lassen. Dieses hatte jedoch keine Wirkung, da sich herausstellte, dass sie einen Abführmittelabusus betrieb.

Eines Nachts bekam ich einen Anruf des Ehemannes, die Patientin sei fortgelaufen mit der Absicht, sich umzubringen. Ich besprach mit ihm nötige und mögliche Maßnahmen. Kurz danach gab er „Entwarnung“, denn er hatte sie gefunden. Später stellte sich dann heraus, dass zuvor die Mutter der Patientin sie telefonisch sehr bedrängt hatte.

Bei meinem nächsten Hausbesuch wurde mir die Tür von der Mutter der Patientin geöffnet, die mich sogleich beschimpfte, dass ich ihrer Tochter nicht helfe. Die Patientin war nicht am gewohnten Platz unter ihrer Decke. Statt dessen fand ich sie schließlich woanders, in einer Ecke zusammengekauert, zitternd vor Angst. Ich sagte ihr, dass ich jetzt die Mutter aus dem Haus werfen werde, was sie mir nicht glaubte, denn sie hielt die Mutter für „allmächtig“. Es gelang mir aber, die Mutter buchstäblich durch die Haustür hinaus zu schieben. Diese Aktion erwies sich insofern als für die Patientin empathisch, als sie ihr so dringend benötigtes Vertrauen förderte, dass ich jemand sein könnte, bei dem sie sich einigermaßen sicher fühlen kann. Zudem hatte sie direkt erleben können, dass ihre Mutter nicht unbesiegbar ist. Auch diese Art des Handelns im Rahmen einer Psychotherapie mag befremdlich erscheinen: Meine Erfahrung bei schwer beeinträchtigten Patientinnen und Patienten ist, dass das aktive Schützen vor bedrohlichen Bezugspersonen die Herstellung der „sicheren Basis“ fördert.

In der Folge wurde ich eine kürzere Zeit lang mit Telefonaten der Eltern der Patientin überhäuft, denen ich sehr entschieden klar machen musste, dass ich mich mit ihnen nicht über ihre erwachsene Tochter unterhalte.

Da ich ein paar Wochen nach diesen Ereignissen einen längeren Urlaub geplant hatte, die Patientin aber nach wie vor als körperlich und seelisch sehr instabil und suizidgefährdet einschätzte, motivierte ich sie zu einem Klinikaufenthalt. Als einen während meiner Abwesenheit greifbaren Anhaltspunkt für die Kontinuität

der therapeutischen Beziehung gab ich ihr zum Abschied ein „Übergangsobjekt“ (ein Marmorei, das sich rund anfühlt und zum Festhalten dienen kann) und beschrieb ihr die Stationen meiner Urlaubsreise. Es ging mir in dieser Phase darum, dass sich die Patientin aus der Beziehung zur Therapeutin Stabilität und akzeptierende Zuwendung versprechen und sie sich darauf, wenn auch vorsichtig, einlassen kann. Gleichzeitig war es für mich bei allen Interventionen besonders wichtig, der Patientin stets größtmögliche Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie dabei zur Selbstwahrnehmung zu ermuntern: „Was tut mir gut?“, „Was kränkt mich?“, was sich in dieser Phase insbesondere auf das Erleben von Nähe und Distanz bezog.

Die *zweite Phase* der Therapie mit ca. 25 Sitzungen war vorwiegend den sozialen Ängsten der Patientin und deren Reduzierung gewidmet. Von nun an war neben „empathischem Handeln“ zunehmend das traditionelle gesprächspsychotherapeutische Vorgehen zur Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstexploration möglich und sinnvoll.

Die Patientin war neun Monate in der Klinik gewesen. Leider hatte ich versäumt, mit ihr eine Vereinbarung über ein eventuelles Kontakthalten während der Zeit des Klinikaufenthalts zu treffen. (Normalerweise biete ich in solchen Fällen an, nach Absprache schriftlich, fernmündlich oder per Besuch zu signalisieren, „Ich bin im Hintergrund da“.) So war ich etwas unsicher, ob ich mich melden soll. In jedem Falle wollte ich vermeiden, dass sie sich von mir nach der Art ihrer Mutter bedrängt fühlt. Schließlich schrieb ich ihr nach einiger Zeit einen Brief, in dem ich ihr – neben den üblichen Genesungswünschen – mitteilte, dass ich, wenn sie das wünscht, bereit bin, nach dem Klinikaufenthalt mit ihr weiter zu arbeiten. Sie wandte sich dann auch wieder an mich und erschien in erheblich besserer psychischer und körperlicher Verfassung (ohne psychotische Symptome) und war in der Lage zu sprechen.

Von ihren Problemen standen nun die sozialen Ängste (die Patientin ist in ihrem kleinen Ort sehr bekannt und steht unter dem Druck, ein dreiviertel Jahr Klinik „rechtfertigen“ zu müssen), Versagensängste (vor allem im Zusammenhang mit ihrer Wiedereingliederung in die Berufstätigkeit) und die Borderline-Persönlichkeitsstruktur im Vordergrund. Die Patientin war weiterhin für drei Monate krank geschrieben, danach aber sollte ihre berufliche Wiedereingliederung erfolgen.

Aus Angst, Bekannten zu begegnen, ging die Patientin zunächst wieder nicht aus dem Haus (fuhr aber Auto, so dass sie zu mir in die Praxis kommen konnte). Nach dem langen Klinikaufenthalt und ohne einen strukturierten Arbeitstag war sie außerdem nicht in der Lage, ihren Alltag zu organisieren. In den nächsten drei Monaten mit wöchentlich zwei Sitzungen machten wir Pläne zur Strukturierung ihres Alltags und „eroberten“ das soziale Umfeld. Ein paar Mal fuhr ich wieder zu ihr, um zunächst mit ihr zusammen im Dunkeln außer Haus zu gehen, später im Hellen, bis sie wieder alleine

ausgehen konnte und beispielsweise wieder das Einkaufen wagte. Auf diese Weise konnte sie im Schutz einer Bindungsperson für sie bedrohliche Situationen explorieren. Nach etwa zwei Monaten fand sie auch wieder ihren eigenen Tagesrhythmus.

In Bezug auf die nach und nach sich bei ihr wieder einstellenden zahlreichen Bekannten, die sehr schnell wieder auf die große Hilfsbereitschaft der Patientin zählten, bekam sie von mir konkrete Anregungen zu „kommunikativen Selbstschutzmaßnahmen“, z. B. nicht gleich „ja“ zu sagen, sondern statt dessen: „Ich werde es mir überlegen und Bescheid geben“. Eine m. E. besonders wichtige Art der Intervention in dieser Phase waren Informationen, indem ich der Patientin ab und zu verschiedene menschliche und zwischenmenschliche Zusammenhänge aufzeigte und ihr beispielsweise erklärte, dass es leichter sei, die Dinge anzupacken, vor denen sie eher wenig Angst hat, als gleich mit dem bedrohlichsten Vorhaben zu beginnen; oder: dass es nicht (wie ihre Mutter ihr zeitlebens vermittelt hatte) egoistisch sein muss, zu müde für eine gemeinsame Unternehmung zu sein.

Die *dritte Phase* mit etwa 40 Sitzungen galt der beruflichen Wiedereingliederung, der vertieften Selbstexploration und der Kontaktaufnahme der Patientin mit ihrer Mutter. Um ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, begann sie zunächst halbtags zu arbeiten. Zuvor hatte sie einige Angsthürden (z. B. Gespräche mit Vorgesetzten, Vorstellung in der Firma) zu überwinden. Unter großer Scham bekannte sie, bei ihrer früheren Berufstätigkeit von Kollegen kritisiert worden zu sein, konnte sich aber nicht denken, weshalb. Jetzt, in der neuen beruflichen Anfangszeit, war es für sie hilfreich, von der Psychotherapeutin zu hören, wie ihre Verhaltensweisen auf sie wirken. Dies erleichterte es der Patientin, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, was sie diplomatischer werden ließ.

Die größte Angst hatte die Patientin vor zukünftigen Begegnungen mit ihrer Mutter. Seitdem die Mutter während der psychotischen Phase der Patientin zwangsweise das Haus verlassen musste, hatte die Patientin mit ihr keinerlei Kontakt mehr gehabt. Sie befürchtete nach wie vor, sie werde, wenn sie Kontakt mit der Mutter aufnehmen würde, nicht in der Lage sein, sich abzugrenzen, und statt dessen ihrer „Inbesitznahme“ ausgeliefert sein. Von ihren Geschwistern wurde sie jedoch unter Druck gesetzt, sich mit der Mutter in Verbindung zu setzen.

Als empathische, weil auf ihre innere Situation akzeptierend eingehende, Interventionen wurden mit ihr „Sicherheitsstrategien“ entwickelt (z. B. Planung einer für sie günstigen Sitzordnung bei eventuellen Familientreffen, die Möglichkeit stützender Anrufe bei mir). Die Tatsache, dass sich die Patientin mit ihrer Angst von mir ernst genommen sah, führte dazu, dass sie ihre Angst überhaupt zum ersten Mal akzeptieren konnte, ohne sich deshalb als Versagerin zu fühlen, und dass sie auf diese Weise Bedrohungen besser begegnen konnte. In diesem Zusammenhang war sie auch zum ersten Mal in der Lage, anderen ihre Befürchtungen mitzuteilen und es

zuzulassen, von anderen unterstützt zu werden. Ihre Begegnungen mit der Mutter bewältigte die Patientin zunehmend souverän, was ihr große Erleichterung verschaffte. Entsprechend stand in den Therapiesitzungen die Bearbeitung der Beziehung zur Mutter immer mehr im Vordergrund, und es war ihr dann auch möglich, positive und negative Gefühle der Mutter gegenüber wahr- und ernst zu nehmen. Sie konnte ansatzweise der Mutter die Verantwortung für deren eigenes Leben überlassen und gleichzeitig einen Weg für sich selbst finden, um sich eigenverantwortlich um sich zu kümmern und mit geringerer Angst der inneren und äußeren Mutter zu begegnen.

Insgesamt war in dieser Phase die übliche gesprächspsychotherapeutische Förderung der Selbstexploration deutlich vorherrschend.

Die *vierte und Abschlussphase* umfasste ca. 15 Sitzungen mit größeren Abständen dazwischen. Die Aussicht auf das Ende der Behandlung erlebte die Patientin wieder sehr ambivalent: Einerseits konnte sie rückblickend eher selbstwertschätzend wahrnehmen, was sie im Laufe der drei Jahre geleistet hatte – anstatt wie früher ihre Inanspruchnahme von Psychotherapie immer nur als Anzeichen ihres Versagens anzusehen. Dem entsprechend freute sie sich auf ihre neue und andersartige Selbstständigkeit. Andererseits versuchte sie, sich vor dem aktiven Abschiednehmen zu drücken, indem sie Termine absagte und sich dann zunächst erst nicht mehr meldete. Ich musste dann wieder auf sie zugehen.

In dieser Abschiedsphase war es bei der Bearbeitung der noch wirksamen Selbstwertproblematik das vorrangige Ziel, auch durch Rückmeldungen von mir eine weitere Stärkung ihres Selbstwertgefühls sowie die Festigung der bisher erzielten Erfolge zu erreichen („Ich erlebe sie zur Zeit ...“). In Vorbereitung auf den Abschied bekam sie von mir das Angebot, sich auch nach Ablauf der von der Kasse bewilligten Sitzungen wieder melden zu können, falls sie meine Unterstützung brauche.

## Abschließende Bemerkungen

Die gesamte beschriebene Psychotherapie kann man als Stabilisierung ansehen, bei der das Herstellen einer sicheren Basis durch empathiegeleitetes Handeln im Vordergrund stand. Dabei galt es vor allem, die für die Patientin problematischen Strategien ihres Bindungssystems zu berücksichtigen und die therapeutischen Interventionen entsprechend zu gestalten. Im einzelnen geschah dies in diesem Falle durch

- Berücksichtigen der nonverbalen Signale der Patientin,
- feinfühliges Gestalten von räumlicher Nähe und Distanz,
- aktives Beruhigen,
- Hausbesuche,
- aktives Beschützen gegen Übergriffe von außen,

- Begleiten beim Aufsuchen bedrohlicher Situationen und
- gezieltes Informieren.

Die so gestaltete sichere Basis war Voraussetzung für die Exploration des Selbst, die genauere Symbolisierung der Erfahrungen sowie die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Patientin.

Eine Bearbeitung der sich in der Entwicklungsgeschichte der Patientin abzeichnenden Traumata fand nicht statt, denn auf jede vorsichtige Annäherung an derartige Themen reagierte die Patientin mit Destabilisierung, Angst, Unruhe und heftigem Widerstand. Gleiches galt für ihre frühere Krankheitsphase. Auch die Mutter-Tochter-Beziehung konnte nicht abschließend bearbeitet werden. Es kann als sicher gelten, dass die Patientin hierfür eine weitere psychotherapeutische Behandlung benötigt. Sicher ist aber auch, dass ihre jetzige Erfahrung, bedingungsfrei akzeptiert, verstanden und unterstützt zu werden, es ihr erleichtern wird, Hilfe und Unterstützung zu suchen, falls wieder ein Leidensdruck entstehen sollte, und noch mehr Mut zur Selbstexploration aufzubringen.

Die Ergebnisse der Bindungstheorie stützen und ergänzen die von Rogers (1959a) formulierten Bedingungen für konstruktive therapeutische Veränderungen und geben einen fruchtbaren Rahmen für ein kreatives Ausweiten der Möglichkeiten therapeutischer Interventionen. Entscheidend ist dabei weniger, was ein Klientenzentrierter Psychotherapeut tut, sondern der Zusammenhang, in dem dies geschieht, ebenso wie die Art und Weise, wie er es tut, nämlich kongruent und empathisch-akzeptierend, und dies so, dass es vom Patienten auch so erlebt wird.

## Literatur

Ainsworth, M. D. S. (1985), Attachments across the life span, in: Bulletin of the New York Academy of Medicine 61, 792–812

Ainsworth, M. D. S./Blehar, M. C./Waters, E./Wall, S. (1978), Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N. J. (Erlbaum)

Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1995

Bischof-Köhler, D. (1989), Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition, Bern (Huber)

Bischof-Köhler, D. (1991), The development of empathy in infants, in: Lamb, M. E. / Keller, H. (Eds.), Infant development: Perspectives from German-speaking countries, Hillsdale, NJ (Erlbaum), 245–273

Bowlby, J. (1969), Attachment and loss, Vol. 1: Attachment, New York (Basic Books); dt.: Bindung, München (Kindler) 1975

Bowlby, J. (1988), A secure base. Clinical applications of attachment theory, London (Routledge)

Feeney, J. A. (1999), Adult romantic attachment and couple relationships, in: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, New York (Guilford), 355–377

Hazan, C./Zeifman, D. (1999), Pair bonds as attachments. Evaluating the evidence, in: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, New York (Guilford), 336–354

Hinde, R. A. (1997), Relationships. A dialectical perspective, Hove (Psychology Press)

Höger, D. (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG), 17–41

Höger, D. (1995), Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 100, 47–54

Höger, D. (1999), Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten, in: Psychotherapeut 44, 159–166

Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie?, in: Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft 7, 5–17

Höger, D. (2002), Rogers und die Bindungstheorie, in: Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung 5, 42–45

Main, M. (1990), Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, in: Human Development 33, 48–61

Reisch, E. (1997), Somatisierungsstörung, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. W. (Hg.), Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen, Stuttgart (Kohlhammer), 118–130

Reisch, E. (2002), Zur Arbeit mit Personen mit psychosomatischen Störungen, in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer), 551–562

Rogers, C. R. (1951a), Client-centered therapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler) 1973

Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R./Schmid, Peter F., Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991; 2000, 165–184

Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, 1991

Tausch, R./Tausch, A.-M. (1979), Gesprächs-Psychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben, Göttingen (Hogrefe) 1979

Truax, C. B. (1961), A scale for the measurement of accurate empathy, in: Psychiatric Institute Bulletin I, 12

**Autor/Autorin:**

*Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie. Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.*

*Doris Müller, 1945, Dipl.-Psych., niedergelassene Psychotherapeutin, Supervisorin, Notfallpsychologin PECON, Ausbilderin GwG, Dozentin in der Erwachsenenbildung.*

**Korrespondenzadressen:**

*Univ.-Prof. Dr. Diether Höger  
Barlachstraße 36  
D-33613 Bielefeld  
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de*

*Dipl.-Psych. Doris Müller  
Danzigerstraße 13  
D-86842 Türkheim  
E-Mail: mueller.d.a@t-online.de*