

4. Beziehung

Das folgende Kapitel stellt Gesichtspunkte und Werkzeuge zum Verständnis, zur Analyse und zur Modifikation der therapeutischen Beziehungsgestaltung vor. Für die konkrete Gestaltung einer spezifischen Therapeut-Patient-Beziehung sind nicht immer alle Gesichtspunkte oder Werkzeuge notwendig oder hilfreich. Der Überblick über die Konzepte kann aber dem Therapeuten helfen, auf der Basis eines umfassenderen Verständnisses das jeweils geeignete Vorgehen auszuwählen.

4.1 Kooperative und schwierige Therapeut-Patient-Beziehungen

Was sind beobachtbare Kriterien für eine gute Therapeut-Patient-Beziehung? Folgende Tabelle liefert zu dieser Frage einige Beobachtungsanregungen.

Tabelle 3: Beobachtungskriterien für eine kooperative Therapeut-Patient-Beziehung (Münchau, 2007)

Offenheit/Vertrauen

"Ich habe noch keinem davon erzählt..."

"Ich schäme mich sehr, aber Sie müssen es ja wissen, um mich richtig zu verstehen."

Patient erzählt über Themen, die eher tabuisiert sind (Sexualität, Kinder schlagen...)

Patient zeigt vertrauliche Informationsquellen (Tagebuch, persönliche Briefe etc.)

Spannungsreduktion

"Ihr Zuhören hat mir gut getan..!"

"So, jetzt bin ich es los; jetzt geht es mir viel besser!"

Nonverbale Kriterien, die auf hinreichende Spannungsreduktion schließen lassen (z.B. lockere Sitzposition, entspannte Atmung etc.)

Kooperation mit der speziellen Person des Therapeuten

"Endlich jemand, der mich versteht".

"Sie sind mir von ... sehr empfohlen worden".

"Für mich war es wichtig einen älteren (jüngeren/weiblichen) Therapeuten zu finden; "Ich habe erfahren, dass Sie für ... Spezialist sind. Deshalb komme ich zu Ihnen".

Im Anschluss an die Frage nach einer kooperativen Therapeut-Patient-Beziehung stellt sich natürlich die Frage nach den Kriterien für eine schwierige und konflikthafte Therapeut-Patient-Beziehung. Probleme in der Therapie können vom Therapeuten entweder als Mangel an eigenen therapeutischen Kompetenzen, als generelle Ungeeignetheit des Patienten für das therapeutische Angebot oder aber auch als **Widerstand** des Patienten gedeutet werden. Als Widerstand lassen sich alle Verhaltensweisen und Einstellungen des Patienten definieren, die sich bewusst oder unbewusst gegen das Fortschreiten der Therapie richten (Münchau, 2007). Prinzipiell kann sich der Widerstand eines Patienten gegen die Therapiemethode, die Person des Therapeuten oder gegen eine Veränderung überhaupt richten. Vermutet der Therapeut beim Patienten Widerstand, wird er in seinen Gedanken oder in der Supervision z. B. Äußerungen wie die folgenden machen: „Sie will sich gar nicht ändern. Er hält an seinen Symptomen fest. Unterschwellig ist der Patient aggressiv. Die Compliance ist sehr schlecht.“ Tabelle 4 listet Erscheinungsformen von Widerstand auf.

Treten oben dargestellte Phänomene auf, muß im weiteren Verlauf der Sitzungen geklärt werden, was die Gründe für diese Phänomene sind. Für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist es wichtig zu klären, ob es sich um einen Beziehungswiderstand handelt. Wenn dies der Fall ist, wäre zu klären, ob der Patient generell bei Autoritätspersonen (Lehrern, Ärzten, Vorgesetzten) mit Widerstand rea-

Tabelle 4: Erscheinungsformen von Widerstand (nach Münchau, 2007)

- Versäumen von Terminen ohne (plausible) Absage
- Vergessen von wichtigen Unterlagen (Krankenschein, Fragebögen, Arztberichte)
- Vergessen von Vereinbarungen
- Nichterledigen von Hausaufgaben
- Zu spät kommen
- Lange Schweigepausen
- Schnelles, aber belangloses Reden ("vom Hölzchen auf Stöckchen")
- "Small-talk"
- Vermeidung der Mitteilung persönlicher Informationen
- Gebrauch von Klischees, um Selbstoffenbarung und emotionale Beteiligung zu vermeiden
- Gähnen
- "Türpfosten-Bemerkungen", d. h. wichtige Themen werden erst zwischen Tür und Angel am Sitzungsende angesprochen
- Umfangreiche Bezugnahme auf Meinungen oder Vorgehensweisen früherer Therapeuten oder ärztlicher Mitbehandler ("Dr. Müller meint aber...")

giert. In diesem Fall könnten wir den Widerstand als Rollenwiderstand begreifen, der beim Patienten durch die Autoritätsrolle des Therapeuten ausgelöst wird. Wir können den Patienten ganz gezielt nach seinen Erfahrungen mit o.g. Autoritäten fragen: "Kennen Sie es, dass Sie sich beim Arzt oder bei einer Behörde oder einer anderen Autoritätsperson unsicher, kontrolliert oder zu irgendwas gezwungen oder in etwas hineingezwängt fühlen?"

Wird diese Frage vom Patienten bejaht, kann man dann nach Schlüsselerlebnissen in Kindheit und Jugend fragen und die Lerngeschichte des ausgeprägten Reaktanzverhaltens (= Motivation zur Erhaltung eigener Freiheitsspielräume) untersuchen. Es kann sich aber auch herausstellen, dass der Anlass für die Widerstandsphänomene speziell in der Person und Persönlichkeit des Therapeuten liegt. In den Augen des Patienten kann der Therapeut zu jung, zu alt, zu schick, zu alternativ, zu streng, zu distanziert, zu weich, zu wenig strukturiert, zu stark strukturierend etc. sein. In diesem Fall ist es oft die beste Lösung, wenn der Patient ermutigt wird, sich einen seinen Vorstellungen besser entsprechenden Therapeuten zu suchen. Weitere Aspekte des Umganges mit Widerstand werden in Kapitel 5 über Motivation behandelt.

4.2 Die therapeutische Beziehung als Bindungserfahrung

Aus dem Generic Modell der Psychotherapie (s. Kapitel 2) wurde deutlich, wie zentral wichtig die therapeutische Beziehung ist. Es verhält sich sogar so, dass die angewandten therapeutischen Techniken und Methoden nur durch und innerhalb der therapeutischen Beziehung wirken. Patienten und Ausbildungskandidaten erkläre ich dieses oft mit dem Beispiel eines Chirurgen. Der Chirurg ist für die Ausübung seiner Heilkunst zentral darauf angewiesen, zumindest bei großen Operationen, dass der Patient keinen Kontakt mit ihm aufnehmen kann, sondern durch den Anästhesisten narkotisiert ist. Hier ist also das Gelingen der Operation zuallererst von der Kunstfertigkeit und Kompetenz des Chirurgen, des Narkosearztes und des begleitenden Operationsteams abhängig.

In der Psychotherapie haben wir den umgekehrten Fall. Hier können die Angebote, Äußerungen und Überlegungen des Therapeuten nur insofern wirken, wie der Patient sie auch annimmt, versteht, behält, dann über längere Zeit beibehält und auch in seinem Lebenskontext umsetzen will und kann. Wenn man die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung und die Wichtigkeit des Selbstzuganges des Patienten mit den Erkenntnissen aus der Bindungsforschung in Beziehung setzt (Strauß & Schwark, 2007), können wir uns verdeutlichen, dass die psychotherapeutische Beziehung auch eine Bindungserfahrung für den Patienten ist. Das Bindungssystem ist als ein System definiert,

das bei Gefahr, Unlust und Unbehagen beim Kind und später auch beim Erwachsenen aktiviert wird und ihn veranlasst, die Nähe eines vertrauten, zuverlässigen und Schutz gebenden Menschen zu suchen. Da nun die entwicklungspsychologische Forschung festgestellt hat, dass unsicher vermeidende, unsicher ambivalente und desorganisierte Bindungsmuster der frühen Kindheit sich bis ins hohe Erwachsenenalter fortsetzen können (Siegel, 1999), ist damit zu rechnen, dass zumindest bei einigen Patienten die therapeutische Beziehung auch frühere schwierige Bindungserfahrungen reaktiviert.

Aufgabe des Therapeuten ist es daher, auf die **Bindungsbedürfnisse** des Patienten mit **Feinfühligkeit** zu antworten. Auch das Konzept der Feinfühligkeit stammt aus der Entwicklungspsychologie der Mutter-Kind-Interaktion und beschreibt eine Kompetenz der Mutter oder der primären Bezugsperson, sich auf die Signale des Kindes angemessen einzustellen (Strauß, 2006). Wobei man hier unter Angemessenheit verstehen kann, dass das Kind getröstet wird, wenn es Trost braucht, gefüttert oder gestillt wird, wenn es hungrig ist und in Ruhe gelassen wird bzw. nur aus der Ferne beobachtet wird, wenn es abschalten möchte oder Neugierverhalten zeigt und eigenständig explorieren will. Bei Vorliegen von hinreichender Feinfühligkeit der Bezugsperson ist also von einer interaktionellen Passung zwischen Signalen des Kindes und Signalen der Mutter auszugehen, die dann zu einer gelingenden Bindungserfahrung und somit zu einem sicheren Bindungsmuster und dem sprichwörtlichen Urvertrauen führen. Unter Urvertrauen können wir die Erwartung eines Menschen verstehen, dass seine Bedürfnisse in der Regel erfüllt werden und dass er Schwierigkeiten entweder selbstständig meistern kann oder es ihm gelingen wird, sich entsprechende Unterstützung und Hilfe zu holen. Um es etwas poetischer auszudrücken, ein Mensch mit Urvertrauen nimmt an, dass die Welt ein freundlicher Ort mit Unterstützung und Hilfsmöglichkeiten ist, wo es sich zu leben lohnt.

Die meisten unserer Patienten haben in der Regel solche Erfahrungen nicht gemacht, sondern kommen mit ungünstigen bis hin zu traumatisierenden Bindungsvorerfahrungen zu uns (Grawe, 2004, S. 211). Die Bindungsstile Erwachsener kann man gut durch die Dimensionen Vermeidung und Angst kategorisieren (Neumann, Rohmann & Bierhoff, 2007). Somit ergibt sich ein Quadrant, in dem man vier unterschiedliche Bindungsstile, nämlich den sicheren Bindungsstil, den verstrickten (anklammernden) Bindungsstil, den abweisenden Bindungsstil und den ängstlichen Bindungsstil finden kann. Dieses Modell können wir noch weiter differenzieren, wenn wir davon ausgehen, dass man die unterschiedlichen Bindungsstile auch damit erklären kann, welche Grundannahmen jemand über das eigene Selbst und über die anderen Menschen hat (Brennan, 1998).

Im sicheren Quadranten finden sich Menschen mit einem positiven Selbstbild und einem positiven Bild über andere. In dem verstrickten (anklammernden) Quadranten finden wir Menschen mit negativem

Modell
AndereAng
nierAbbi
1998Selbs
mach
grun
sen z
te: „
wird
Im n
ter. /
und
eher
mitä
lern
Bind
den
selb
leid
griff
mer
bere
sönl
Bei
den
ten,

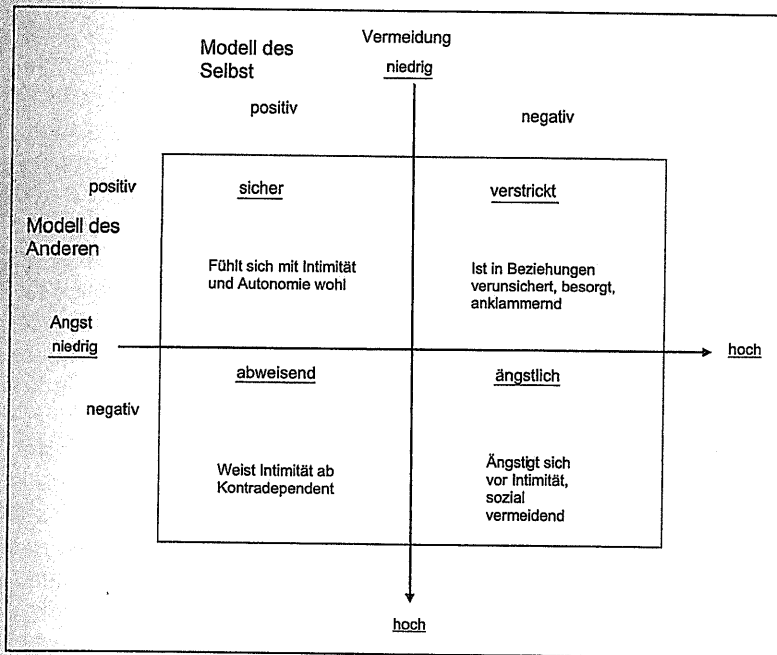


Abbildung 7: Bindungsstile Erwachsener. Ergänzt nach Brennan, 1998 und Neumann, Rohmann & Bierhoff, 2007

Selbstbild und einem positiven Bild von anderen. Diese Menschen machen sich viele Sorgen um die Beziehung, da sie befürchten aufgrund ihrer „Wertlosigkeit“ vom als positiv erlebten Anderen verlassen zu werden. Ein Patient hat es einmal so formuliert, indem er sagte: „Wenn der andere erst merkt, wie schlecht ich in Wirklichkeit bin, wird er mich ja sowieso verlassen.“

Im nächsten Quadranten finden wir das abweisende Bindungsmuster. Menschen mit diesem Muster sehen sich oft in unrealistischer und überzeichneter Weise positiv, wobei sie die anderen Menschen eher negativ bewerten. Aufgrund dieses Gefälles vermeiden sie Intimität, da die anderen es nicht wert sind, dass man sie näher kennen lernt. Im letzten Quadranten sind Menschen mit einem ängstlichen Bindungsmuster. Sie haben ein negatives Bild von sich wie auch von den anderen und vermeiden soziale Kontakte aus dem Grund, da sie selbst unter starken Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen leiden, von anderen aber auch nur Abwertung, Zurückweisung, Angriffe oder Blamage erwarten. Diese Aufgliederung von Grundannahmen über das Selbst sowie über die Anderen kann man gut mit den bereits oben in Kapitel 3.7 beschriebenen Grundannahmen der Persönlichkeitsstile in Verbindung bringen.

Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit Patienten aus dem sicheren Quadranten ist die Beziehungsgestaltung am einfachsten, da sie schnell Vertrauen aufbauen können und sich gleichzeitig

dem Gesprächspartner gegenüber nicht unterlegen oder abhängig fühlen, sondern ihn als helfenden Gleichberechtigten oder aber freundlich gesinnte Autoritätsfigur betrachten. Patienten aus dem verstrickten Quadranten signalisieren oft, dass sie der therapeutischen Bemühungen eigentlich nicht wert seien, dass andere Patienten es sicherlich nötiger hätten, und erwarten von dem Therapeuten Zurückweisung. Hier ist es Aufgabe des Therapeuten, dem Patienten im ersten Schritt die notwendigen Versicherungen zu geben, dass er erwünscht und willkommen ist. Im zweiten Schritt müssen dann frühzeitig die zugrunde liegenden negativen Erwartungshaltungen angesprochen werden. Dies gelingt gut durch die Thematisierung früherer Enttäuschungen und Verletzungen in Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen des Patienten. In der Regel führt dieses dazu, dass ein solches überbesorgtes Muster entschärft wird und der Patient sich dann eher verstanden und angenommen fühlen kann.

Im abweisenden Quadranten finden sich Patienten, die dem Therapeuten oft sehr skeptisch, latent ablehnend, feindselig oder misstrauisch gegenüberstehen. Dies liegt daran, dass sie von dem Therapeuten als signifikantem Anderen erst einmal Negatives befürchten. Entweder fürchten sie, dass sich der Therapeut besserwisserisch einmischt oder versucht sie zu kontrollieren, oder der Therapeut hat aufgrund bestimmter Eigenschaften (z. B. zu jung, fehlender Dokortitel, fehlende Berufserfahrung) Akzeptanzprobleme beim Patienten und wird heftig abgewertet. In solchen Situationen ist es für den Therapeuten nicht einfach, Entwertungen bis hin zur Feindseligkeit erst einmal nur auszuhalten und dann darauf auch noch therapeutisch korrigierend zu reagieren. Welche Möglichkeiten es hier gibt, wird bei der Besprechung des interaktionellen Zirkels genauer dargestellt werden. Im ängstlichen Quadranten finden sich oft Patienten, die sich sehr schwer tun, überhaupt in die Therapie zu kommen, da sie ein generalisiertes Vermeidungsverhalten haben, und häufig auch ihre erheblichen Minderwertigkeitsgefühle wie ihre soziale Isolation und die negativen Erwartungen anderen Menschen gegenüber durch den Gebrauch von Alkohol oder Drogen betäuben. Hier ist es oft hilfreich, die Patienten nach ihren Behandlungsvorerfahrungen und ihren Erwartungen an die Behandlung zu befragen, da diese Patienten nicht selten über schwierige Vorbehandlungen und entsprechende Enttäuschungen berichten, so dass der Therapeut dann mit dem Patienten besprechen kann, was er tun kann bzw. was er unbedingt unterlassen müsste, damit dieser Therapieversuch eine positive Erfahrung werden kann.

Die eigene negative Selbstbewertung und die massiven Minderwertigkeitsgefühle des Patienten können in der Regel anfangs noch nicht angesprochen werden, da sie massive Scham auslösen würden und die Patienten dann den therapeutischen Kontakt frühzeitig abbrechen würden.

4.3 Der interaktionelle Zirkel

Das Impact Message Inventory (IMI-R) wurde von Kiesler, Anchin, Perkins, Chirico, Kyle und Federman (1976) entwickelt und beruht auf dem Konzept, dass durch das interaktionelle Verhalten einer Person als Sender bei dem Empfänger eine bestimmte Eindrucksbotschaft, eine impact message, ankommt. Hierbei definiert Kiesler die Persönlichkeit als ein relativ gleich bleibendes Muster von sich wiederholenden Ausdrucks- und Eindrucksbotschaften, einer Ausdrucks-Eindrucksverschränkung (Caspar, 2002). Da der Ausdruck einer Person schwer objektiviert werden kann, konzentriert sich das Modell von Kiesler et al. auf den Eindruck, den impact, den die Ausdrucksbotschaften dieses Individuums bei den Empfängern machen. Beim Empfänger werden Handlungsimpulse, Emotionen und Gedanken ausgelöst und dann als Eindrucksbotschaft, impact message, bezeichnet. Wir sprechen im Deutschen ja auch davon, dass jemand einen bestimmten Eindruck macht oder einen bestimmten Eindruck hinterlassen hat. Nach dem Modell von Kiesler et al., der auf Vorarbeiten von Sullivan (1953) und Leary (1957) zurückgreift, kann interpersonelles Verhalten durch zwei große orthogonale Dimensionen beschrieben werden, einmal auf der Dimension „dominant versus unterwürfig“ und parallel dazu auf der davon unabhängigen Dimension „feindselig versus freundlich“. Diese Dimensionen sind auch vom Alltagswissen her gut nachzuvollziehen, da sie anscheinend sozio-biologische Grundmuster darstellen, wie sie sich auch bei den in Gruppen lebenden nächsten Verwandten des Menschen, den Affen, in jedem Zoo, z. B. auf dem Pavianfelsen, gut beobachten lassen (Franck, 1997).

Der IMI-R beschreibt insgesamt 8 Dimensionen: Im Uhrzeigersinn (vgl. Abb. 8) dominant, freundlich-dominant, freundlich, freundlich-unterwürfig, unterwürfig, feindselig-unterwürfig, feindselig, feindselig-dominant. Zur Selbstklärung des Therapeuten und gerade auch in Ausbildungssituationen kann es sehr hilfreich sein, wenn der Therapeut den IMI-R ausfüllt, um noch einmal zu objektivieren, welche Eindrücke der Patient bei ihm auslöst. Zur klinischen Eindrucksbildung sind besonders die Hauptdimensionen wichtig und es ist sicherlich unumstritten, dass therapeutisches Verhalten in der Regel im rechten dominant freundlichen Quadranten liegen sollte.

Aus strategischen Gründen kann sich der Therapeut natürlich in einigen Verhaltensweisen auch einmal kurzzeitig geringfügig in die feindselige Dimension hineinbewegen, wenn es z. B. für Patienten wichtig erscheint, dass sie erfahren können, dass der Therapeut durchaus nicht nur mit Aggressionen umgehen, sondern diese auch selbst aktiv äußern kann. In der Regel beinhalten aber solche Strategien ein relativ hohes Fehlschlagrisiko, und daher wird der Therapeut versuchen auch bei der Reaktion auf provozierendes Patientenverhalten nicht auf der feindseligen Dimension zu reagieren.

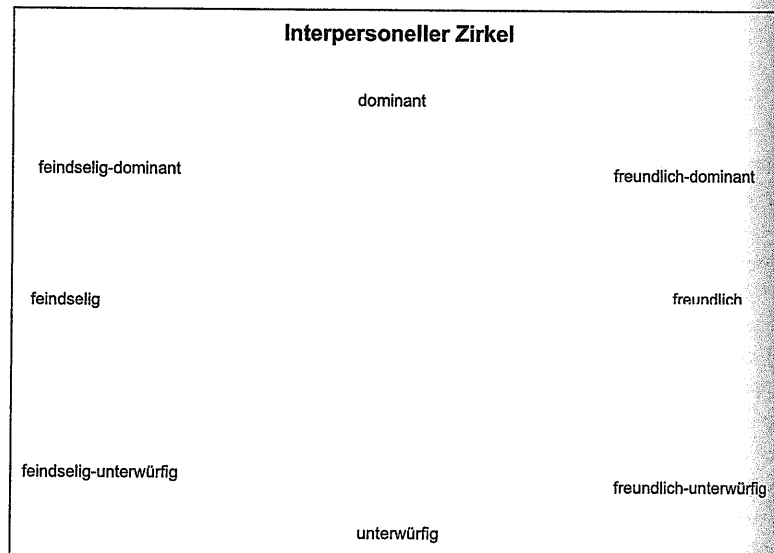


Abbildung 8: Der interaktionelle Zirkel

Eine notwendige Grenzsetzung gegenüber dem Patienten kann über die Dominanzdimension initiiert werden, so dass durch dominant freundliches Verhalten ebenfalls das beabsichtigte Ziel erreicht werden kann. Die unterwürfige Dimension dürfte in der Regel auch vom Therapeuten nicht gezielt angesteuert werden. Aus meiner eigenen Berufsanfangszeit wie auch aus der Supervision vieler jüngerer Kollegen weiß ich, dass oft eine Gefahr besteht, dass sich Therapeuten aus Unsicherheit zu sehr in dem freundlich unterwürfigen Quadranten bewegen und sich nicht trauen, Norm- und Regelverletzungen frühzeitig und bestimmt anzusprechen oder zurückzuweisen. Für die Selbststeuerung des Therapeuten und auch für die Ausbildung und Supervision von Therapeuten ist Folgendes (s.a. Beziehungstest unter 4.3) sehr hilfreich:

Bei **provokativen Patientenäußerungen** spürt der Therapeut erst einmal nach, um die bei ihm primär und **schnell ausgelöste Emotion (primäre Emotionsantwort, z. B. Ärger)** wahrzunehmen. Die Kunst besteht dann natürlich darin, die Antwort auf die Patientenäußerung nicht entlang der Primäremotion zu formulieren, sondern eine feindselig dominante Antwort zu unterlassen und eine Antwort aus dem **dominant freundlichen Quadranten** zu formulieren. Folgende Beispiele mögen dies verdeutlichen:

Der Patient sagt z. B. zur eher jugendlich wirkenden Therapeutin: „Sie sind noch so jung, alles Wissen, was Sie haben, ist doch bloß zusammengelesen.“ Ausgelöste Primäremotion beim Therapeuten ist entweder Ärger über den Angriff oder Scham aufgrund eines schlechten beruflichen Selbstwertgefühls. Eine dysfunktionale Antwort auf der unterwürfigen Dimension wäre: „Sie haben recht, es tut

mir leid, dass ich noch so wenig weiß und Ihnen nicht helfen kann.“ Auf der feindseligen Dimension wäre es eine Antwort wie: „Wenn Sie die Mühe, die ich mir mit Ihnen gebe, nicht schätzen, dann suchen Sie sich doch bitte jemand anders.“ Eine **korrektive Antwort** würde entstehen, wenn die Therapeutin ihren ausgelösten Affekt als **Information** und nicht als **Handlungsanleitung** nutzt und hinter dem verbalen Angriff des Patienten eine Verunsicherung oder ein frustrierendes Bedürfnis entdecken kann. Dann könnte eine Antwort z. B. lauten: „Sie befürchten, dass ich Ihnen nicht genügend helfen kann, da ich noch wenig Berufserfahrung habe. Zwar habe ich wenig Berufserfahrung, aber doch schon hinreichende Kenntnisse im Bereich der Psychotherapie. Wenn wir beide den Eindruck haben, dass ich an Grenzen meines Verständnisses komme, möchte ich Ihnen vorschlagen, dass wir dann einen erfahreneren Kollegen zur Beratung hinzuziehen. Wäre das für Sie eine Möglichkeit, mit mir weiter zu arbeiten und einmal zu überprüfen, ob Ihre Befürchtungen zutreffen oder nicht?“

Bei schwierigen Patienten oder problematisch verlaufenden Therapien empfiehlt es sich, die Ausdrucks-Eindrucksverschränkung mit dem Patienten durch Ausfüllen des IMI-R zu objektivieren, um sich selbst Rechenschaft über die vom Patienten bei einem selbst ausgelösten Eindrücke abzulegen, um ggf. in den nächsten Stunden korrigierend damit umgehen zu können. Durch Ausfüllen des IMI-R kann man das Beziehungsklima und mögliche Beziehungsprobleme vorausahnen, bevor es zu manifesten Beziehungstests kommt.

4.4 Beziehungstests

Das Konzept des Beziehungstests wurde von Ambühl (1991) in die Verhaltenstherapie eingeführt und hat seine Wurzeln in der Tiefenpsychologie. Manche Patienten versuchen im Sinne eines **unbewussten Beziehungstests** festzustellen, ob sich der Therapeut ihnen gegenüber genauso negativ (z.B. bestrafend, zurückweisend) wie **frühere Bezugspersonen** verhält. Das Konzept geht davon aus, dass die therapeutische Situation frühere prägende **Schlüsselerlebnisse** des Patienten zu wichtigen und bedeutenden, oft „mächtigen“ Bezugspersonen **aktualisiert**. Man kann einen Übertragungstest von einem Täter-Opfer-Test wie folgt unterscheiden.

Der **Übertragungstest** beinhaltet, dass der Patient den Therapeuten so wie eine frühere Bezugsperson erlebt. Als Beispiele wären hier Patienten zu nennen, die sich dem Therapeuten ebenso ängstlich unterwerfen, wie sie sich ihrem autoritären Vater unterworfen haben, oder aber Patienten, die sich vom Nachfragen der Therapeutin und ihrer Freundlichkeit bedrängt fühlen, so wie sie sich damals durch die stetigen Nachfragen ihrer Mutter bedrängt gefühlt haben, und sich deswegen trotzig verschließen. Ein häufig vorkommender Übertragungs-

test besteht in dem Vergessen von Hausaufgaben und Terminen. Man hat oft den Eindruck, dass die Patienten herausfinden wollen, ob sie für kleinere Regel- oder Normverletzungen ebenso harsch zu rechtgewiesen oder bestraft werden, wie sie es entweder aus dem Elternhaus her kennen oder aber in Schule und Berufsausbildung kennen gelernt haben. Besteht der Therapeut diesen Beziehungstest und macht deutlich, dass er nicht mit Bestrafung, sondern mit Verständnis und Interesse (Woran lag es?) auf die Nichterledigung therapeutischer Hausaufgaben reagiert, kann der Patient die Erfahrung machen, dass er hier auch mit seinen Schwächen, Zögerlichkeiten und Widerständen verstanden wird. Im zweiten Schritt wird der Therapeut natürlich versuchen herauszufinden, wie die Nichterledigung der Hausaufgabe oder das „Vergessen“ näher begründet sind, und nach Möglichkeiten der Abhilfe suchen. Hierbei ist er jedoch auch offen dafür, festzustellen, dass die Hausaufgabe in Art oder Umfang nicht angemessen war, da sie z. B. zu wenig erklärt oder begründet wurde, nicht wirklich notwendig oder zielführend oder sonst wie ungünstig gestaltet war.

Der **Täter-Opfer-Test** ist in der Regel schwieriger zu bestehen als der Übertragungstest. Der Patient bringt den Therapeuten in eine Lage, in der der Patient früher selbst war, und möchte (unbewusst) herausfinden, ob der Therapeut damit umgehen kann. Der Patient hat sich also mit einem früheren „Täter“ im Sinne einer Identifikation mit dem Aggressor identifiziert. Der Patient wird so vom Opfer zum Täter und versucht damit, seine frühere Ohnmachtserfahrung nachträglich zu korrigieren. Diese Form des Beziehungstests kommt relativ selten vor, aber in der Therapie von externalisierenden Persönlichkeitsstörungen ist er an der Tagesordnung, insbesondere bei Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, die den Therapeuten heftig angreifen und entwerten können.

Wenn wir das Interaktionsverhalten von Patienten mit Hilfe des Konzepts der **Beziehungstests** verstehen wollen, ist es hilfreich, Folgendes zu unterscheiden:

- a. Das konkrete beobachtbare **Interaktionsverhalten** des Patienten.
- b. Die dahinter liegende **Befürchtung** des Patienten.

Beim Übertragungstest besteht die Befürchtung, die gleiche negative Erfahrung wie in der Vergangenheit nochmals machen zu müssen, nochmals oder wiederum in der hilflosen Opferrolle zu sein.

Beim Täter-Opfer-Test lässt sich die Befürchtung etwas schwieriger formulieren. Man könnte aber dahinter liegende Befürchtungen wie folgt fassen: Keine Grenzen zu erfahren, die Unveränderlichkeit des Täter-Opfer-Schemas bestätigt zu bekommen, das „innere Kind“, das damals Opfer war, nicht zur Sprache kommen lassen zu können, sondern immer weiter die Täterseite als Schutzmechanismus agieren zu müssen.

- c. Der (unterstellte) **Wunsch** des Patienten nach einer positiven und korrekativen Neuerfahrung.
- d. Die **primär ausgelösten Emotionen** und Verhaltensimpulse des Therapeuten, die man als „spontane“ und emotionale Antwort auf die Patientenbotschaft verstehen kann.
- e. Die **emotional korrektive** und kompetente **Therapeutenantwort**, die auf den zu Grunde liegenden Wunsch oder das **bedrohte Grundbedürfnis** reagiert und sich nicht durch das Gesagte, die Befürchtung oder die Vorwärtsverteidigung, im Sinne einer interaktionellen Provokation täuschen oder zum Gegenangriff verleiten lässt.

Folgendes ist ein Beispiel für einen **Übertragungstest**:

Die Patientin sagt zum Therapeuten: „Sie sehen heute aber müde aus.“ Ein Fehler wäre eine schnelle Arbeit auf der Inhaltsebene wie z. B. „Woran merken Sie das?“ oder eine interaktionelle Zurechtweisung wie „Wir sollten uns auf Ihre Probleme konzentrieren“ oder aber eine schnelle Sachinformation „Sie haben Recht, ich habe wenig geschlafen, weil unser Kind krank ist“. Folgt man dem obigen Schema, würde die korrektive Therapeutenantwort etwa wie folgt lauten: „Sie haben den Eindruck, dass ich müde bin. Ich könnte mir vorstellen, dass hinter Ihrer Anmerkung auch die Sorge steht, dass ich heute in der Stunde nicht genug für Sie und Ihre Probleme da sein kann. Da möchte ich Sie beruhigen. Es stimmt zwar, dass ich aufgrund eines Krankheitsfalls in der Familie zu wenig geschlafen habe, aber trotzdem kann ich Ihnen noch ausreichend gut zuhören und für Sie da sein.“

Wenn man entsprechende **biografische Informationen** hat, könnte man hier weitere vertiefende Fragen stellen oder Vermutungen äußern, ob z. B. der Patient die Erfahrung mit seinen Eltern gemacht hat, dass er sich um die erkrankten oder erschöpften Eltern kümmern musste, und dass die Eltern nicht genügend Zeit und Aufmerksamkeit für ihn aufbringen konnten, sondern die fürsorgenden Rollen quasi verkehrt worden sind.

Bei Provokationen und **Grenzüberschreitungen** greift man in der Regel zuerst die **Beziehungsdefinition** des Patienten auf und antwortet darauf. Hier gilt im Prinzip, dass wir die Äußerung des Patienten validierend wiederholen, dann die von uns vermutete dahinter liegende Sorge oder Befürchtung oder den Wunsch verbalisieren und dann erst im Anschluss freundlich dominant die Regel- oder Grenzverletzung deutlich machen oder aber eine beruhigende Sachinformation geben. Folgendes Beispiel für einen **Täter-Opfer-Test** kann dies veranschaulichen:

Der beruflich sehr erfolgreiche Patient beendet eine autogene Trainingssitzung, die der Therapeut (nach seiner eigenen Einschätzung) konzentriert und einfühlsam angeleitet hat, nach der Rücknahme des autogenen Trainings mit dem harschen Kommentar „Das war vollkommener Mist, das kann ja jeder Schlachtermeister besser.“ In diesem Beispiel wurden beim Therapeuten zwei widersprüchliche Gefühle, nämlich Scham und Ärger, ausgelöst. Schamgefühle, weil er als Berufsanfänger dachte, etwas vielleicht nicht richtig gemacht zu haben. Ärger aufgrund der deutlichen Provokation und des vollkommen aus der Rolle fallenden Tones des Patienten. Die Antwort war so etwas wie „Tut mir leid, dass Ihnen das nicht gefallen hat. Dann ist eben das autogene Training für Sie nicht das Richtige und wir müssen ein anderes Entspannungsverfahren aussuchen.“ Dieses Verhalten des Therapeuten rutscht natürlich viel zu sehr in die Unterwerfungsdimension hinein, und eine Chance zur Diskussion des dysfunktionalen Interaktionsverhaltens des Patienten ist vertan. Eine korrektive Antwort auf den Beziehungstest bei dem narzisstischen Patienten hätte in etwa wie folgt ablaufen können. „Ich höre, dass Sie sehr unzufrieden mit der Übung sind und mich dafür auch scharf und entwertend angreifen. Ich kann hinter Ihrer Äußerung auch die Sorge heraushören, dass ich für Sie nicht wirklich hilfreiche Therapie machen kann. Und ich denke über diese Befürchtung sollten wir gleich auch näher sprechen. Zuvor möchte ich Ihnen jedoch sagen, dass ich mich durch Ihre sehr scharfe Formulierung und den entwertend gemeinten Vergleich mit einem Schlachtermeister verletzt und auch ein Stück verärgert fühle, da ich mich um ihr Wohlergehen als Patient freundlich bemühe. **Ist es so, dass Sie es mit Ihrer Äußerung auch beabsichtigt haben, mich zu verletzen oder zu verärgern?** Falls dies nicht der Fall ist, möchte ich mit Ihnen untersuchen, ob Sie es kennen, dass Sie auf Enttäuschungen sehr heftig und wütend reagieren und andere Menschen sich dann durch Ihre Reaktionen und Angriffe verletzt oder verärgert fühlen?

Im Verlaufe des sich dann entspinnenden Gesprächs wäre es zuerst Ziel des Therapeuten herauszufinden,

- ob es sich hier um ein wiederkehrendes und dem Patienten bewusst zugängliches Interaktionsmuster handelt
- was die Intention des Patienten bei seiner Äußerung war
- was er in der Regel tatsächlich mit seinem Verhalten erreicht
- was die Lerngeschichte eines solchen Verhaltens ist

Auf jeden Fall sollte die Sitzung dann auch mit einer Diskussion von Umgangsregeln in der Therapie enden, und man sollte mit dem Patienten vereinbaren, dass man sich in der Therapie auch bei Enttäuschung oder Unzufriedenheit um eine nicht persönlich verletzende Sprache bemüht. Der Therapeut verdeutlicht seine Aufgabe, bei Regelverletzungen wie eben durchexerziert zu reagieren, und das problematische Interaktionsmuster klar zu benennen, zu analysieren und Wege zu finden, es zu verändern. Dem Patienten gegenüber sollte auch verdeutlicht werden, dass man den Auslöser seines Verhaltens im Sinne einer subjektiv erlebten Bedürfnisfrustration nachvollziehen kann, dass aber seine bisherige Strategie nicht zielführend für seine Bedürfnisbefriedigung ist, sondern das Gegenteil von dem erreicht, was er eigentlich möchte (z. B. Rückzug des anderen anstatt Kontakt, Hilfe oder Wertschätzung).

4.5 Komplementäre Beziehungsgestaltung

Das Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung (Caspar, 1997) geht davon aus, dass wir als Therapeuten die Beziehungsbedürfnisse des Patienten interaktionell erspüren und auch zusätzlich aus der biografischen Analyse ableiten können. Oft ist es auch hilfreich, den Patienten vorab zu fragen, was er sich in der Therapie wünscht, in welchen Vortherapien oder anderen helfenden Beziehungen er positive Erfahrungen gemacht hat und was genau die Personen getan haben, die er als positiv und hilfreich erlebt hat.

Aus den chronischen Grundbedürfnisfrustrationen, die ein Patient erlitten hat, ergeben sich auch Überlegungen zur komplementären Beziehungsgestaltung. Meistens artikulieren sich chronisch in der Lebensgeschichte verletzte Grundbedürfnisse so, dass ein besonders starkes Bedürfnis vorliegt, sie in der therapeutischen Beziehung erfüllt zu bekommen, und dass eine große Empfindlichkeit bei realen oder angenommenen Frustrationen dieser Grundbedürfnisse in der therapeutischen Beziehung besteht. Daher ist es hilfreich zu erfragen, was auf keinen Fall in den Therapiestunden passieren dürfe und was der Therapeut tun müsste, damit der Patient unzufrieden sei, sich unangemessen behandelt fühlen würde oder was für ihn Gründe seien, nur sehr ungern zur Therapie zu gehen oder diese sogar abzubrechen.

Der Therapeut selbst kann die bei ihm durch die Interaktion mit dem Patienten unterschwellig ausgelösten Emotionen, Einstellungen, Fantasien und Handlungsimpulse durch folgende **Fragen an sich selbst** zu explizieren versuchen:

- Wozu will der Patient mich bringen?
- Wie würde ich ihn auf keinen Fall behandeln (z. B. kritisieren, zurückweisen)?
- Welche Gefühle und Fantasien löst der Patient bei mir aus?

- Was ist (aufgrund der Biografie) vermutlich seine größte interpersonelle Angst (im Sinne der Wiederholung traumatischer oder frustrierender Erfahrungen)?
- Welche Wünsche könnten ggf. hinter provozierendem, übermäßig misstrauischen oder sonst wie „anstößigem“ Verhalten stehen?

Über diese Frageroutine kann man zumindest einige wichtige Beziehungsbedürfnisse des Patienten einkreisen. Am Anfang der Therapie wird man sich im Sinne einer **komplementären Beziehungsgestaltung** auf diese Wünsche einstellen. Im weiteren Verlauf der Therapie kann dem Patienten dann zunehmend auch zugemutet werden, mehr Herausforderungen auszuhalten. Besonders notwendig ist dieses Konzept bei sehr dependenten und sich an den Therapeuten eng anklammernden Patienten. Hier geht man in der Regel davon aus, dass es sich um Menschen mit schädigenden Bindungserfahrungen handelt, die eine verstrickt anklammernde Beziehung zum Therapeuten aufbauen. Hier wird der Therapeut am Anfang der Therapie sehr viel Versicherung und Bestätigung geben, wobei er durch die versichernden Rückfragen des Patienten etwa bei ihm ausgelösten Ärger achtsam wahrnehmen, aber nicht direkt ausdrücken sollte. Im Laufe der Therapie kann dann der Patient zunehmend zu mehr Eigenständigkeit und Risikoübernahme ermutigt werden. Dieses ist aber, ganz wie in der Entwicklungspsychologie des Kindes, oft davon abhängig, dass das Beziehungsbedürfnis nach Bindung und Sicherheit über eine längere Zeit hinweg bestätigt wurde. Das Neugier- und Explorationsverhalten des Kleinkindes kann ja auch in dem Maße zunehmen, wie es sich an seine Bezugspersonen sicher gebunden fühlt und davon ausgeht, dass die Bezugspersonen auch in Krisenfällen verfügbar sind.

Aus der Kenntnis der Biografie und der deutlich werdenden Verletzung von Grundbedürfnissen (vgl. Kapitel 3.3. und 3.4.) können wir auch **patientenspezifische Interaktionsziele** erschließen. Der Patient wird in der Regel auf die Erfüllung von biografisch frustrierten Grundbedürfnissen besonderen Wert legen und bei Anklängen an eine erneute Frustration besonders empfindlich reagieren.

Der Therapeut wird daher versuchen, dem Patienten zu ermöglichen, dass er in der Therapiestunde Wahrnehmungen im Sinne seiner persönlich akzentuierten **Grundbedürfnisse** machen kann.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass solche Angebote bei persönlichkeitsgestörten Patienten komplexer sein müssen, da eine direkte interaktionelle Bedürfnisbefriedigung aufgrund der Wahrnehmungsverzerrungen und Fehlinterpretationen dieser Patienten nicht einfach zu gestalten sein wird. In diesem Fall müssen erst die dysfunktionalen Interpretationsmuster und Vorannahmen des Patienten im Therapieprozess verdeutlicht und bearbeitet werden, bevor es dann ggf. möglich wird, das frustrierte Grundbedürfnis auch zu befriedigen.

4.6 Patientenspezifische Interaktionsziele bei Grundbedürfnisfrustrationen

Bereich Bindung und Autonomie

Viele Patienten haben ein Bedürfnis nach Bindung an den Therapeuten. Sie möchten Trost, Unterstützung, Verständnis, Fürsorge, Anleitung und Lebenshilfen erhalten.

Mit dem Grundbedürfnis nach Bindung sollte aber gerade bei Erwachsenen immer das Grundbedürfnis nach Autonomie und Orientierung/Kontrolle in einem dialektischen Zusammenhang gesehen werden. Es bedarf dann der Feinfühligkeit des Therapeuten zu erspüren, inwieweit ein direktes Bindungsangebot mit Trost, Unterstützung und begrenzter elterlicher Fürsorge (Young, 2005) indiziert ist, oder aber respektvolle Distanz bei gleichzeitigem „In der Nähe und bei Bedarf verfügbar bleiben“ und somit eine Förderung von Autonomieentwicklung (Kegan 1982) indiziert ist.

Viele Patienten haben auch ein ausgesprochenes Autonomiebedürfnis oder aber Angst vor einer Bindung an den Therapeuten, weil sie befürchten, in einer solchen Bindung abhängig und hilflos zu werden. Bei solchen Konstellationen kann der Therapeut dem Patienten die Rolle des „Experten in eigener Sache“ zuweisen und seine eigene Rolle als Berater und Anbieter von Möglichkeiten der Veränderung definieren. Als Strategie ist hier dann auch weniger eine frontal dozierende Psychoedukation über Störungen angezeigt, sondern geleitetes Entdecken. Dieses hilft dem Patienten oft, sein Autonomiebedürfnis zu befriedigen, während er neue und für ihn bisher ungewohnte Informationen aufnehmen und sich neuen Erfahrungen aussetzen kann.

Bereich Selbstwert

Dem Therapeuten obliegt es dafür zu sorgen, dass der Patient auch selbstwertförderliche Erfahrungen machen kann. Er sollte betonen, dass schon Mut erforderlich ist, sich seinen Problemen zu stellen und die Schamgrenze zu überwinden, Hilfe in einer Psychotherapie zu suchen. Hier kann man darauf hinweisen, dass insgesamt ca. 30 Prozent der Bevölkerung behandlungsbedürftige Störungen haben, aber nur ein Bruchteil bereit ist, sich damit selbstkritisch auseinanderzusetzen. Für diesen Behandlungsmut und die Behandlungsmotivation kann man den Patienten in jedem Falle lobend anerkennen. Zur Befriedigung des Bedürfnisses nach Selbstwert gehören auch positive Rückmeldungen über gute Mitarbeit, gewonnene Erkenntnisse und auch ansonsten in der Therapie sichtbar werdende Stärken und Ressourcen des Patienten.

Bereich Lustgewinn und Unlustvermeidung

Die therapeutische Situation geht erst einmal mit einer gewissen Verunsicherung einher. Daher ist es sinnvoll, darauf zu achten, dass der

Patient in der therapeutischen Stunde lustvolle Erfahrungen machen kann. Besonders Entspannungsübungen, geführte Traumreisen und hypnotische Strategien zur Tiefenentspannung können dazu führen, dass Patienten ein tiefes und für sie bisher nicht gekanntes Wohlfühl in der Therapiesituation und durch den Therapeuten „verursacht“ erleben. Grawe (2004) weist explizit noch einmal darauf hin, wie wichtig es ist, dass der Patient in der Therapie selbst auch solche positiven Erfahrungen macht. Aus Praxiserfahrung kenne ich zahlreiche Äußerungen von Patienten wie „Das hat mir aber gut getan, so tief habe ich mich ja noch nie entspannt.“ Und nicht selten rufen auch neue Patienten auf Empfehlung bereits behandelter Patienten an und berichten, dass sie von so wohltuender Tiefenentspannung gehört hätten, mit der man an die Dinge wirklich herankommen würde.

Natürlich geht auch Therapie mit Unlusterfahrung einher, insbesondere dann, wenn es um die Konfrontation bisher vermiedener Situationen geht, die initial Angst und Unbehagen auslösen. Im Sinne des Prinzips der Bedürfnisbalance ist aber bei Unlust erzeugenden Therapieinterventionen unbedingt darauf zu achten, dass der Patient sich vorab in einer Lage der Bedürfnisbefriedigung befindet. Indem z. B. das Bindungsbedürfnis, das Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle (freie Entscheidung für die Übung), das Bedürfnis nach Selbstwert (Lob für den Mut, sich jetzt zu konfrontieren) vom Therapeuten gezielt angesteuert und befriedigt wurden.

Bereich Konsistenz und Identität

Dieses Bedürfnis ist wie bereits besprochen ein übergeordnetes Bedürfnis und das Konsistenzstreben strebt die Einheitlichkeit und die Vereinbarkeit gleichzeitig aktivierter psychischer Inhalte an. Dieser Prozess läuft automatisch und unbewusst ab. Wenn man dies auf die bewusste Ebene übertragen will, könnten wir auch vom Identitätserleben eines Menschen sprechen. Die Aufgabe der Verhaltensweisen und zentraler Grundannahmen wird dem Patienten aber nur möglich sein, wenn eine biografische Kontinuität von der Vergangenheit in die neu zu gestaltende Zukunft hergestellt werden kann. Der Patient muss also im Sinne der biografischen Identitätssicherung Möglichkeiten erhalten, die Wurzeln seines alten Verhaltens und seiner Störung zu verstehen sowie den Weg zu ihrer Auflösung auch sinnhaft mit seiner Biografie und seiner Lebenswirklichkeit in Verbindung bringen zu können.

Dramatische Verbesserungen nach langwieriger Krankengeschichte sind oft auch deswegen nicht wünschenswert oder schwer möglich, da der Patient darauf mit erheblicher Verunsicherung oder sogar mit Selbst- oder Fremdvorwürfen reagieren könnte: „Wenn das alles so einfach ist, hätte ich ja schon viel früher die Störung loswerden können und mein Partner bzw. andere Bezugspersonen haben ja doch recht gehabt, dass ich mich bloß angestellt habe.“

Ein wichtiges Therapieziel ist hierbei, dem Patienten unter Berücksichtigung seiner Biografie und unter dem Aspekt der Identität den Weg aus der Störung in ein symptomfreieres Leben hinein plausibel erscheinen zu lassen.

4.7 Reparatur von Beziehungsbrüchen und Erkennen von Beziehungsstörungen

Aus wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung unter allen sonst untersuchten Variablen am eindeutigsten mit einem erfolgreichen Verlauf von Therapien zusammenhängt (Orlinsky, Roennestad & Willutzki, 2004), wobei die Sicht des Patienten der therapeutischen Beziehung besonders wichtig ist. Daher ist es für den Therapeuten bedeutsam, sensibel dafür zu sein, wie der Patient die therapeutische Beziehung erlebt und ob er sich hinreichend wohl fühlt. Direkte Nachfragen oder auch psychometrische Erhebungen der Beziehung durch den Therapeuten selbst stehen vor dem Problem, dass die Beziehungsgestaltung und -regulation ein meist automatischer und nicht bewusst vollzogener Prozess ist. Auch im Alltagsleben findet Metakommunikation über Beziehungen eher selten statt. Man tauscht sich in der Regel nicht darüber aus, wie genau man miteinander umgeht, welche Erwartungen man hat und wie man sich dabei fühlt. Gelingende Beziehungen, man denke z. B. an eine Liebesbeziehung, leben ja geradezu von dem Einklang des Austausches von Worten, Gesten und Blicken und nicht davon, dass der eine Partner den anderen alle fünf Minuten fragt, wie er denn die Beziehung empfinde, wie intensiv die Gefühle füreinander seien und welche Perspektiven und weiteren Ziele er denn mit seinem jetzigen Verhalten verbinden würde.

Diese karikierende Bemerkung soll verdeutlichen, dass Beziehungserleben und Beziehungsgestaltung zu Recht etwas ist, was ohne zu viel offene Reflexion gestaltet wird. Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung zeigen auch, dass zu viele Übertragungsdeutungen, die direkt auf die Beziehung zwischen Patient und Therapeut fokussieren, eher zu negativen Therapieergebnissen führen (Lambert & Barley, 2002). D. h., man kann davon ausgehen, dass eine als positiv erlebte Beziehung eine große Ressource für den Patienten darstellt und dieses Vertrauen und Wohlfühlen in der Beziehung nicht verbal expliziert werden muss, sondern seine Wirkung gerade deswegen entfalten kann, weil es nicht ständig im Fokus der Aufmerksamkeit steht und stehen muss.

Anderes gilt natürlich bei Störungen in der Therapeut-Patient-Beziehung, Grenzverletzungen des Patienten im Sinne des Täter-Opfer-Tests oder aber wenn der Therapeut dysfunktionale Interaktions- und Wahrnehmungszirkel exemplarisch in der Therapeut-Patient-Beziehung bearbeiten kann und will. Gelingt dieses, ist dies oft ein sehr

hilfreicher Moment für die weitere Therapie, da ja beide Interaktionspartner, nämlich Patient und Therapeut, im geschützten Rahmen der Therapiestunde gegenwärtig sind und sich sehr genau über Gesagtes, Gemeintes und jeweils Empfundenes austauschen können. Eine solche offene Metakommunikation ist im Alltag in Konfliktfällen fast nie möglich und kann daher eine große Chance zur korrektiven Einsicht und Klärung darstellen.

Manchmal kann es dem Therapeuten nach Stundenende auch so ergehen, dass ihm bestimmte Äußerungen leid tun, er diese nachträglich als zu provokant bewertet oder aber dass er merkt, dass er auf bestimmte Äußerungen des Patienten einfühlsamer hätte reagieren sollen. Solch „Therapie störendes“ und dysfunktionales Verhalten des Therapeuten kann zu kleineren oder größeren Beziehungsbrüchen führen und es obliegt dem Therapeuten, diese Beziehungsbrüche zu reparieren. Sollte sich der Therapeut z. B. unachtsam, zu provokativ oder taktlos verhalten haben, muss er sich dafür aktiv entschuldigen.

Folgendes Fallbeispiel:

Eine Patientin mit oft massiven Streitereien in der Ehe berichtet darüber, dass sie sich mit einem anderen Paar getroffen hätten und das Treffen relativ harmonisch verlaufen sei. Kaum aber seien sie in die eigenen vier Wände zurückgekehrt, hätten sie wieder angefangen zu streiten. Hierauf bemerkte der Therapeut etwas flapsig „Kaum sind die anderen weg, lässt man wieder die Sau raus.“ Hierauf reagierte die Patientin deutlich verärgert und verstimmt und bemerkte, dass das ja bedeuten würde, dass sie das absichtlich täten, was nicht der Fall sei. Die primäre Emotion beim Therapeuten war hier ein Schamgefühl, da er sich hier uneinfühlsam und taktlos verhalten hat. Als Antwort war dann folgende Therapeutenäußerung hilfreich:

„Sie haben Recht, es tut mir leid, dass ich mich da in der Formulierung vergriffen habe. So, wie ich es eben gesagt habe, klingt es verletzend. Dafür muss ich mich bei Ihnen entschuldigen. Gemeint hatte ich, dass in dem Moment, wo die soziale Kontrolle fehlt, alte Streitmuster sofort wieder aufflammen. Ich hoffe, dass Sie meine Entschuldigung annehmen können. Meine Frage an Sie ist, ob Sie sich erklären können, warum es Ihnen gelingt, in Gegenwart Dritter das Streitverhalten zu unterbinden oder Meinungsverschiedenheiten konstruktiver zu klären?“

Dies ist ein Beispiel für den (dann auch gelungenen) Versuch einer Reparatur eines Beziehungsbruchs. Gleiches ist notwendig, wenn der Therapeut im Nachhinein das Gefühl hat, dass er bestimmte Dinge, die der Patient angedeutet hat, vielleicht nicht angesprochen hat. Dieses könnte er dann in der nächsten Stunde mit folgendem Tenor tun: „Ich habe über unsere letzte Stunde noch einmal nachgedacht

und mir ist aufgefallen, dass ich auf Ihre Bemerkung über die traurige Situation mit Ihrer Mutter gar nicht weiter reagiert habe. Das tut mir leid und das möchte ich hiermit nachholen und genauer nachfragen, was es damit auf sich hat..."

4.8 Selbstöffnung des Therapeuten

Empirische Befunde zur **Selbstöffnung** des Therapeuten zeigen in der Regel, dass eine gewisse Selbstöffnung des Therapeuten mit positiven Therapieergebnissen korreliert ist (Hill & Knox, 2002). Der Therapeut sollte sich aber bei Selbstöffnung, d. h., dem Einbringen von Informationen aus seinem Privatbereich, immer fragen, aus welchen Gründen und mit welchen therapeutischen Zielen er dies tut. Hilfreich sind Selbstöffnungen, um dem Patienten Schamgefühle zu nehmen, in dem der Therapeut zeigt, dass ihm selbst solche Problematik nicht unbekannt ist. Dieses kann aber oft einfacher damit erreicht werden, dass der Therapeut anonymisiert auf ihm bekannte Personen oder andere Patienten verweist, die eine ähnliche Problematik haben.

Zu viele persönliche Informationen von dem Therapeuten können auch den Patienten in therapeutisch schädliche **soziale Vergleichsprozesse** nötigen, in denen der Patient sich dann mit Überlegungen quält, was der Therapeut mehr oder weniger hat, wie viel er verdient, wie er wohnt, wohin er im Urlaub fährt, und wie die Ehe oder das Familienleben des Therapeuten aussieht.

Auch bringen Selbstöffnungen manchmal die Gefahr mit sich, dass die professionelle Distanz aufgegeben wird. **Professionelle Distanz** ist etwas, was von Patienten durchaus sehr geschätzt wird. Gerade bei der Besprechung heikler Themen aus dem sexuellen Bereich, aber auch bei der Besprechung von Opfererfahrungen ist vielleicht eine wohlmeinende Neutralität und Distanz schamregulierend und somit hilfreich. Sie markiert, dass es sich hier um eine professionelle Beziehung handelt, in der die sonst üblichen **sozialen Regeln** der **Selbstdarstellung** und **Eindrucksgestaltung** aufgehoben sind.

In der Regel lässt sich vieles, was über sog. **Selbstoffenbarungen** des Therapeuten erreicht werden soll, auch über sog. **Fremdschilderungen** erreichen. Unter Fremdschilderungen versteht man hilfreiche anonymisierte Schilderungen von eigenen Patienten oder aber Lehrbuchpatienten, die exemplarisches Störungsgeschehen und -erleben deutlich machen. Solche Fremdschilderungen vermitteln dem Patienten oft das Gefühl, nicht allein zu sein, sondern zu einer Gruppe Betroffener zu gehören. Dies entpathologisiert die Problematik und entlastet den Patienten. Gleiches gilt in der Regel für die Lektüre von Patientenratgebern zur Störung, in denen oft auch Patientenschilderungen aufgenommen sind. Manche Patienten reagieren mit der überraschten Frage: „**Woher kennen die mich denn?**“ auf solche Schilder-

rungen und wirken nach der Lektüre solcher störungsspezifischen Information deutlich entlastet. Für die therapeutische Beziehung ist dies in mehrerer Hinsicht hilfreich. Einerseits kann sich der Therapeut als kompetenter und über das Störungsbild Bescheid wissender Experte etablieren, andererseits reduzieren sich Schamerleben und Minderwertigkeitsgefühle beim Patienten, da dieser eindrücklich vor Augen geführt bekommt, dass es anderen Menschen ähnlich oder sogar noch schlimmer geht als ihm.

4.9 Therapeutenverstöße gegen die Berufsethik

Die therapeutische Beziehung ist eine professionelle Beziehung. Patient und Therapeut schließen einen Therapievertrag, in dem ein an einer seelischen oder psychosomatischen Störung leidender Patient die Hilfe eines Experten oder einer Expertin zur Behandlung eben dieser Störung angeboten bekommt. Nach empirischen Untersuchungen berichten aber 2 % – 12 % von Psychotherapeuten über sexuelle Kontakte zwischen Therapeut und Patienten, wobei die Täter überwiegend männliche Therapeuten und die Opfer als Patienten oft Frauen sind (Arnold & Retsch, 1991, Pope, 1996, Riemer & Schneider, 2006).

Dass sich aus solchen Konstellationen schwere Schäden für die Patienten ergeben können, liegt auf der Hand. Die therapeutische Beziehung und die Psychotherapie wirken gerade auch durch das professionelle Rollenverhältnis, das es dem Therapeuten ermöglicht, in einer umfassenden Art und Weise einfühlsam, geduldig und am Wohl der Patienten orientiert zu sein, ohne primär an seine eigenen emotionalen Bedürfnisse denken zu müssen. Dies unterscheidet die professionelle Beziehung nachhaltig von einer privaten Beziehung, die ja auf gegenseitige Erfüllung von Bedürfnissen und Wünschen ausgerichtet ist.

Die Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten untersagt die private, insbesondere sexuelle, aber auch wirtschaftliche Beziehungsaufnahme zu Patienten während der gesamten Therapie und auch noch im Zeitraum für ein Jahr nach Beendigung der Therapie (Stellpflug & Berns, 2006). Die Überschreitung professioneller Grenzen in dieser Hinsicht ist erfahrungsgemäß weniger ein Problem junger Therapeutinnen und Therapeuten, die noch in ihrer Berufsrolle unsicher sind, sondern eher ein Problem erfahrener Therapeuten, die ggf. auch in einer persönlichen Lebenskrise stecken und neben ihrem Beruf ansonsten wenig soziale Kontaktmöglichkeiten haben.

Natürlich kann und sollte sich ein Therapeut nicht jegliche positive und private Gefühle für seine Patienten verbieten, aber im Sinne der Selbstachtsamkeit muss sich jeder Therapeut dahingehend überprüfen, inwieweit er Patienten gegenüber unangemessene Beziehungs-

wünsche entwickelt. Dies gilt natürlich besonders dann, wenn der Therapeut selbst in einer privaten Beziehungskrise ist oder langfristig ungewollt allein ohne Partner lebt und vielleicht auch ansonsten nur spärliche soziale Kontakte hat. In solchen Konfliktsituationen ist es dann für den Therapeuten angezeigt, sich frühzeitig um Supervision zu bemühen und ggf. die Therapie entweder nach den probatorischen Sitzungen gar nicht aufzunehmen oder aber rechtzeitig zu beenden. Da aber die meisten Psychotherapeuten eine hohe professionelle Identifikation haben, hilft in der Regel Supervision zur Klärung solcher Probleme.

Es kann natürlich auch vorkommen, dass sich Patienten in ihren Therapeuten verlieben. Hier ist es oft hilfreich, dies anzusprechen, wenn der Therapeut dafür hinreichenden Anlass sieht. Anlässe wären immer dann gegeben, wenn der Patient den Therapeuten regelmäßig beschenkt, ihm Komplimente macht und wiederholt versucht, über das Privatleben des Therapeuten mit ihm zu sprechen. Wie bei anderem Verhalten auch sollte der Therapeut Hypothesen über die Funktionalität dieses Flirtverhaltens zu bilden versuchen. Es kann z. B. sein, dass der Patient die Arbeit an unangenehmen anderen Themen zu meiden sucht. Auch kann es sein, dass der Patient sich im „wirklichen Leben“ nicht traut, Kontakte anzuknüpfen. Es kann dann gemeinsam mit dem Patienten überlegt werden, was ihn daran hindert, im öffentlichen Raum entsprechende Kontakte zu suchen und was er ggf. tun könnte, um gewünschte Kontakte zu finden oder zumindest erste Voraussetzungen für ein Kennenlernen zu schaffen.

Dem Patienten hilft oft auch die Erklärung, dass der Therapeut sich in einer Art und Weise auf ihn einstellt und einlässt, die sonst im „wirklichen Leben“ nur sehr selten, und auch zwischen Liebes- und Lebenspartnern nicht oft vorkommt. Folgende Überlegungen kann der Therapeut mit dem Patienten ausführlich diskutieren:

Die Intensität des therapeutischen Sich-Einstellens und Einfühlens, die unbedingte Solidarität mit dem Schicksal des Patienten ist aber nur möglich, da dies in der Distanz der therapeutischen Professionalität geschieht, die definiert, dass der Patient und sein Leiden ganz im Mittelpunkt des Interesses stehen. Der Therapeut ist überwiegend als berufliche Person und nicht als private Person mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen an der Interaktion beteiligt.

Diese ungewöhnliche und ungewohnte Art der Einfühlung kann dazu führen, dass der Therapeut vom Patienten idealisiert und quasi als Idealpartner angesehen wird.

4.10 Grenzüberschreitungen von Patienten

Der Psychotherapeut erbringt eine zeitgebundene Leistung, hat also in der Regel pro Patientenkontakt mindestens 50 Minuten für diesen Zeit und die Kontakte erfolgen über eine lange Zeit von mehreren Monaten oder sogar Jahren regelmäßig wöchentlich mit Ausnahme der Urlaubszeiten. Insofern kann der Therapeut nicht wie ein Arzt seine eigene Belastung dadurch steuern, dass er einen Kontakt vielleicht kürzer gestaltet oder Untersuchungen nicht selber durchführt, sondern an Kollegen oder an Praxispersonal delegiert. Der Therapeut ist also nicht nur intensiv für den Patienten da, sondern diesem auch in einem gewissen Sinne ausgeliefert. Konflikte und Krisen, die Menschen in die Psychotherapie führen, sind oft Endresultate gesellschaftlicher, zwischenmenschlicher und persönlicher Defizite, Konflikte und Katastrophen. Mit diesen persönlichen Leidensschicksalen wird nun der Therapeut oft konfrontiert, und seine einzige „Waffe“ ist Geduld, Zuversicht, Einfühlungsvermögen und die Anregung von kleinen oder größeren Schritten zu konkreten Veränderungen oder neuen Sichtweisen. Bei der konkreten Umsetzung dieser Veränderungen ist der Therapeut immer wieder vom Können und Wollen des Patienten und auch seines psychosozialen Umfeldes abhängig.

Wenn wir Psychotherapeuten uns mit unseren Konflikten, Ängsten und Problemen einmal offen darstellen, wie dies in letzter Zeit auch zunehmend geschieht (Jaeggi, 2004, Kernberg, Dulz & Eckert, 2005), wird deutlich, dass Psychotherapeuten oft „übermäßig“ verantwortungsvolle Menschen sind, die um jeden Preis anderen helfen wollen und bei dem Scheitern von Therapien oft schnell bereit sind, sich selbst die Schuld daran zuzuschreiben. Sowohl die therapeutische Situation als auch die Persönlichkeitsmerkmale und Lebenserfahrungen von Psychotherapeuten, die diese den Beruf haben ergreifen lassen, führen dazu, dass Therapeuten leicht verunsicherbar und auch in einem gewissen Sinne schutzlos sind, da es ja ihre Berufung und Lebensaufgabe ist, „alles zu verstehen“.

Hier seien nur einige **Fallbeispiele** beispielhaft geschildert:

Eine narzisstisch gestörte Patientin wird mit viel Engagement und viel Einfühlungsvermögen von einer jungen Therapeutin über 1 ½ Jahre behandelt. Mit Abschluss der Therapie gelang es der Patientin auch, ihr Studium abzuschließen und eine attraktive berufliche Stelle zu erhalten. Nach Abschluss der Therapie bekommt die Therapeutin einen Brief, in dem die Patientin an der Therapie nichts Gutes lässt und insbesondere die Person der Therapeutin entwertet, indem sie ihr vorwirft, sie sei unsicher, inkompetent und heuchlerisch gewesen. Die Therapeutin fällt aus allen Wolken, ist entsetzt und reagiert mit einer Mischung aus Empörung, Selbstzweifeln und Zweifeln an ihrer Berufswahl. Es bedarf mehrerer Supervisionssitzungen, um die hier ab-

laufende Dynamik verständlich zu machen und die Therapeutin zu entlasten.

Ein Therapeut behandelt eine Patientin mit einer schizophrenen Störung in der Vorgeschichte. Um für die Patientin auch in Krisenfällen erreichbar zu sein, gibt der Therapeut seine private Handynummer heraus. Relativ zu Beginn der Therapie kommt es zum Wiederaufflackern einer paranoid halluzinatorischen Symptomatik mit deutlich gereizter Stimmung und Verfolgungs- und Schädigungs-ideen, die sich auf den Therapeuten richten. Der Therapeut erhält täglich mehrere Anrufe, in denen die Patientin ihn beschuldigt, eine schlechte Therapie zu machen, und Schadensersatzforderung in Millionenhöhe stellt. Obwohl der Therapeut dieses Verhalten sehr schnell als dem Krankheitsbild zugehörig erkennen kann, ist er emotional doch so aufgewühlt, dass er in den Supervisionen berichtet, mehrere Wochen lang herabgedrückter Stimmung gewesen zu sein.

Eine Therapeutin betreut einen ehemals Kokainabhängigen mit narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitszügen. Zufälligerweise trifft der Patient die Therapeutin mit ihrer Familie in der Innenstadt. In der nächsten Stunde beschimpft und entwertet der Patient den Mann der Therapeutin und stellt fest, dass das ja ein totales Weichei sei und wenn er ihn treffen würde, würde er ihm ordentlich auf die Glocke hauen.

Die Therapeutin ist schockiert, entsetzt und wie gelähmt und erlebt dies als reale Bedrohungssituation. In einer nächsten Sitzung kommt die Ambulanzleiterin mit in die Sitzung und problematisiert mit dem Patienten ausführlich sein Verhalten und die erfolgte Grenzverletzung. Hierauf zeigt sich der Patient einsichtig, entschuldigt sich und die Therapie kann angemessen weitergeführt werden.

4.11 Therapeutische Beziehung als Begegnung

In der Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung ist es immer wieder hilfreich, sich daran zu erinnern, dass sich in der Psychotherapie erst einmal unabhängig von ihren Rollenvorgaben zwei Menschen begegnen. Der Begriff **Begegnung** fordert die unvoreingenommene Wahrnehmung des Menschen in seiner menschlichen Situation ein, ohne ihn vorschnell durch Rollendefinitionen, Diagnosezuschreibung und besserwisserische Handlungsempfehlungen zu verdinglichen.

Aus der Sozialpsychologie ist unter dem Begriff **fundamentaler Attributionsfehler** das Phänomen bekannt (Jones & Harris, 1967), dass man die Ursachen von Verhaltensweisen bei der eigenen Person immer überwiegend auf die Umstände, bei fremden Personen jedoch auf deren Persönlichkeitseigenschaften attribuiert.

So kann dann schnell jede Reaktion eines Patienten mit einer Zwangsstörung zu der Reaktion eines Zwanghaften werden. Die oft berechtigten Klagen eines Menschen mit einer Depression werden

dann von uns nur noch im Licht und als Ausdruck seiner Depression gesehen, und jede freundliche Geste des Dependents wird dann als Zeichen seiner Abhängigkeit missdeutet. Wir sind auch als Therapeuten in der Gefahr, einer stereotypen Urteilsbildung zu unterliegen und somit den Menschen hinter der Diagnose aus den Augen zu verlieren. Die Kenntnis des fundamentalen Attributionsfehlers appelliert an unsere Achtsamkeit und unser Bemühen, immer wieder vor, hinter und neben unseren professionellen Denkmustern Raum für Begegnung zu schaffen.

Für **Psychotherapeuten** ist es auch wichtig, selbst einmal in der **Patientenrolle** als Psychotherapiepatient gewesen zu sein. Zumindest in der Einzelselbsterfahrung während der Psychotherapieausbildung kann der angehende Therapeut diese Rolle genauer kennenlernen. Erwartungsängste („Was passiert da? Werde ich bloßgestellt?“), Schamgefühle (eigene Schwächen, Mängel und Fehler einem Dritten offen zu legen), aber auch die Hoffnung auf Hilfe und Zuwendung können dann als naheliegende Reaktionen auf die psychotherapeutische Situation am eigenen Leib spürbar werden und die spätere Einführung in Patienten und ihre Rolle verbessern helfen.

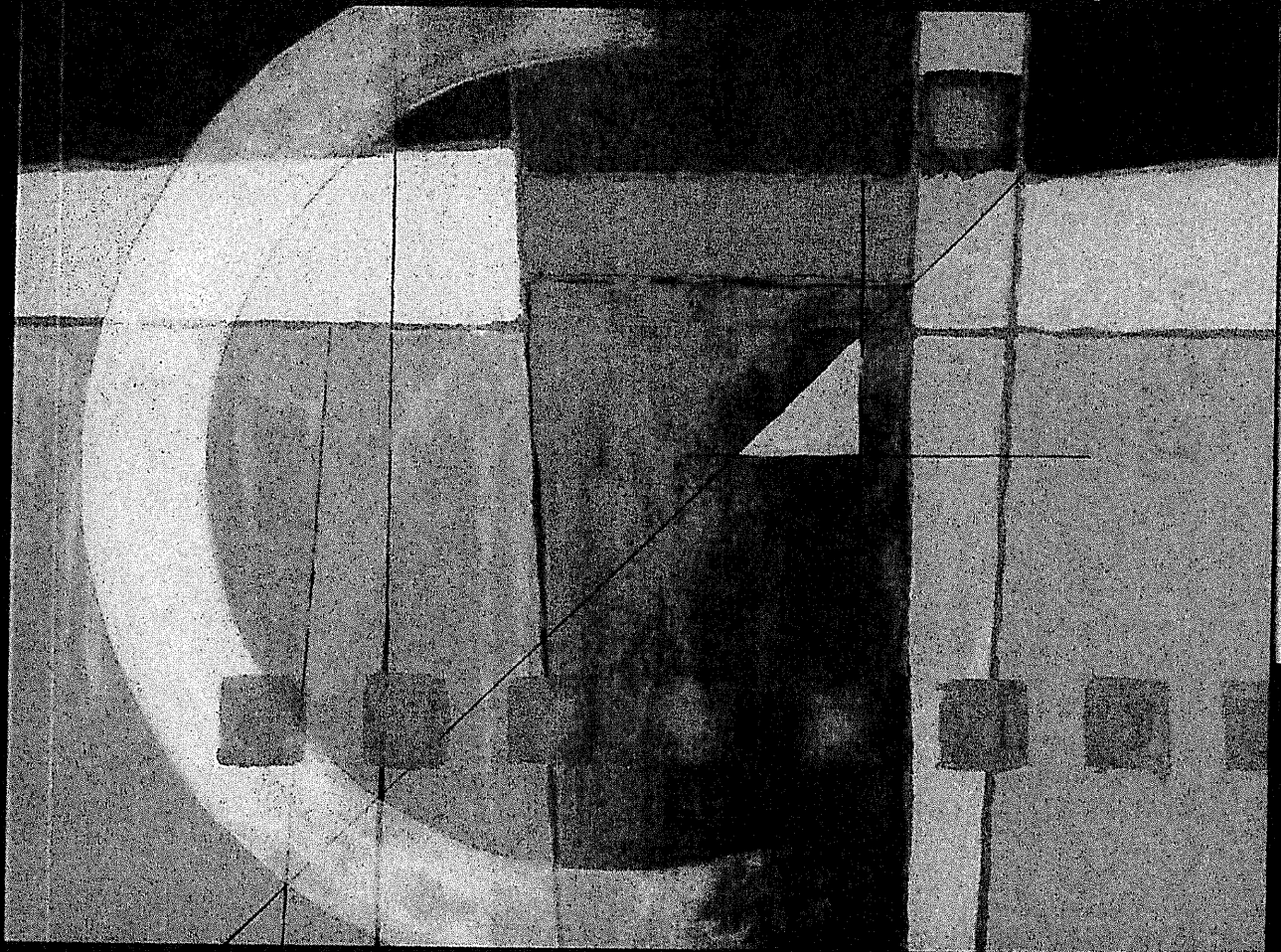
Darüber hinaus ist es für Therapeuten eine gute Übung, sich bei eigenen Arztbesuchen einmal bewusst in der Rolle des Patienten zu erfahren, die eigenen Wünsche und Befürchtungen genau zu registrieren und den Verlauf von Begrüßung, Diagnose und Behandlungsempfehlungen achtsam zu verfolgen. Nach einem solchen Besuch als Patient kann man sich einmal darüber Rechenschaft ablegen, was einem gut gefallen hat, was einen gestört oder irritiert hat, und sich dann daraufhin überprüfen, inwieweit diese Erkenntnisse auf die eigene Gestaltung des Rollenverhältnisses Patient – Therapeut übertragbar wären.

Für die achtsame Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung wird sich der Therapeut auch immer wieder vergegenwärtigen, wie er sich wünschen würde, dass ein Psychotherapeut ihn selbst, die eigene Partnerin, das eigene Kind, den Bruder, die Schwester, Mutter oder Vater oder enge Freunde behandelt.

Gerhard Zarbock

Praxisbuch Verhaltenstherapie

Grundlagen und Anwendungen
biografisch-systemischer Verhaltenstherapie



 PABST

4. Auflage 2017