

Ernstfried Hanisch

## Im Labyrinth der therapeutischen Beziehung: Grundbedürfnisse und Bedürfniskonflikte

In the maze of the therapeutic relation: basic needs and conflicts of needs

### Zusammenfassung

Dieser Beitrag trägt dem zunehmenden Interesse in der Verhaltenstherapie an Persönlichkeitsstörungen, dem Umgang mit verletzten Grundbedürfnissen und den daraus im therapeutischen Kontext erwachsenden Beziehungsproblemen Rechnung. Vorgestellt werden zwei therapeutische Instrumente, die zum einen einen allgemeinen Zugang zu menschlichen Grundbedürfnissen und zugehörigen Bedürfniskonflikten eröffnen. Dabei handelt es sich um einen neuen Fragebogen zu Grundbedürfnissen und die Veranschaulichung der Ergebnisse in einer individuellen Bedürfnisbilanz aus Vergangenheit und Gegenwart sowie die Möglichkeit der graphischen Darstellung von Bedürfniskonflikten und dysfunktionalen Bedürfnisäußerungen in einem sog. Bedürfnisquadrat.

Zum anderen wird die spezielle Nützlichkeit dieser Instrumente – neben einer Ergänzung zur Problem- und Zielanalyse – bei interaktionellen Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess, die durch dysfunktionale Beziehungsschemata entstehen, beschrieben.

### Schlüsselwörter

Grundbedürfnisse – Bedürfniskonflikte – dysfunktionale Schemata – wunder Punkt – therapeutische Beziehungsstörungen

### Summary

This article focuses on the growing interest of behavior therapy in personality disorders, wounded basic needs and interactional problems affecting the therapeutic relationship in this context. Two therapeutic instruments are presented first offering a general approach to human needs and related conflicts. It is a new questionnaire for basic needs and a method to visualize the results in a so-called need balance related to the past and presence. In addition, a graphical presentation of need conflicts and the dysfunctional expression of needs referred to as the square of needs are described.

Second – beside the analysis of individual problems and aims – the article focuses on the specific usability of these instruments for solving interactional problems in the therapeutic process resulting from dysfunctional schemes.

### Keywords

Basic needs – conflicts of needs – dysfunctional schemes – sore point – problems in therapeutic relation

### ■ Einführung in das Thema

Wie viel weniger anstrengend wäre doch Psychotherapie, wenn sie nach folgendem Schema ablief: Der Patient ist in seelischer Not und benötigt fachliche Hilfe, der Therapeut ist bereit und kompetent, diese anzubieten. Jener kommt, um die Art seiner Probleme, die Gründe dafür und die Schwierigkeiten bei der Lösung zu schildern; dieser sondiert mit ihm im Gespräch, was veränderbar, bewahrenswert oder unumstößlich ist, um dann mit Hilfe des therapeutischen Methodeninventars, der vorhandenen Ressourcen und der therapeutischen Unterstützung gemeinsam Ziele und Lösungswege zu erarbeiten und auszuprobieren. Der Therapeut schließlich reduziert und beendet sein Angebot, wenn die Fähigkeiten des Patienten zur Selbsthilfe ausreichen. Themen sind dann – auf der Basis einer

guten Arbeitsbeziehung – die Probleminhalte und die Art der Verarbeitung der Schwierigkeiten (Inhalts- und Bearbeitungsebene nach Sachse, 2003). Mangelnde Veränderungsmotivation bzw. Widerstand sind durch eine genaue Bedingungsanalyse, also problematische Umwelt- und Programmbedingungen, erklärbar. Interaktionelle Probleme im Therapieprozess wären dabei zwar nicht vermeidbar, sind aber der Bearbeitung im Prinzip zugänglich oder vorübergehender Natur, entstanden etwa durch

- akute Belastungen des Patienten oder des Therapeuten,
- dysfunktionale Problemattributionen,
- mangelnden Konsens in den Therapiezielen,
- Angst vor Überforderung oder
- Verlust von Krankheitsgewinn.

Ausgeklammert blieben dabei allerdings die sog. schwierigen Patienten, also solche, die Züge einer Persönlichkeitsstörung aufweisen. Hier wird der therapeutische Prozess erschwert, weil ihre dysfunktionalen interaktionellen Schemata wie in allen anderen zwischenmenschlichen Beziehungen meist auch im therapeutischen Prozess aktiviert werden, diese dem Patienten aber nicht bewusst sind und als ich-synton erlebt werden. Ihre Bewusstmachung wird als Bedrohung erlebt, dienen sie doch – wenn auch in inadäquater Weise – dem Schutz vor Verletzung von elementaren Bedürfnissen. Ihre Infragestellung wird als Angriff auf „Überlebensregeln“ (Sulz, 1994) erlebt.

1. *Beispiel:* Schon in einer ersten Therapiestunde können sich Verwicklungen ergeben. Ein Privatpatient kommt auf Empfehlung eines namhaften Kollegen wegen einer depressiven Erkrankung zur ambulanten Nachbehandlung nach stationärer Therapie. Er äußert sich nur zögernd und bruchstückhaft zu seinen Problemen, unterbricht bald die Fragen des Therapeuten mit der (berechtigten) Gegenfrage, nach welchen Methoden dieser eigentlich arbeite. Der Therapeut, um Transparenz bemüht, beantwortet diese Frage gewissenhaft. Der Patient merkt an, dass er parallel noch weitere Vorgespräche führe, um das richtige Therapieverfahren und den richtigen Therapeuten zu finden. Der Therapeut empfindet ein vages Unbehagen, bestätigt dabei verbal das Recht des Patienten auf eine begründete Wahl und die Wichtigkeit einer auf Konsens und Vertrauen basierenden therapeutischen Beziehung. Abschließend bietet der Therapeut an, der Patient möge das Erstgespräch erst einmal auf sich wirken lassen und könne bei Bedarf die Vorgespräche fortsetzen. Der Patient seinerseits insistiert auf einem zweiten Vorgespräch, da er auch bei anderen zur Wahl stehenden Therapeuten jeweils zwei Vorgespräche zu führen gedenke. Die Verabschiedung ist freundlich und angespannt.

Diese kurze Episode wirft gleich zu Anfang bedeutsame Fragen auf, die das eingangs geschilderte einfache Therapie-schemata sprengen.

Zum Beispiel:

- verursacht die Empfehlung des prominenten Kollegen und der Vergleich mit anderen Kollegen Leistungsdruck beim Therapeuten?
- Lockt den Therapeuten die lukrativere Privathonorierung?
- Wer kontrolliert das weitere Beziehungsangebot?
- Empfindet der Patient seine Hilfsbedürftigkeit als persönliches Versagen?
- Sucht er Macht durch sein Auswahlverfahren, Aufwertung durch den Verweis auf die Chefarzttempfehlung?
- Hat er Angst, vom Therapeuten nicht wertgeschätzt zu werden?

Diese Fragen können nicht Inhalt eines Erstgespräches sein; es fehlen der Auftrag und die tragfähige therapeutische Beziehung. Gleichwohl sind sie für den weiteren Verlauf zunächst wichtiger als die vom Patienten geschilderte Problematik. Soll

die Therapie nicht schon in dieser Phase scheitern, muss der Therapeut einige Herausforderungen bewältigen: Er

- muss rasch das Geflecht der Botschaften auf verschiedenen Ebenen durchschauen,
- muss seine eigene emotionale Beteiligung kontrollieren,
- muss die Frustration eigener Bedürfnisse ertragen und
- muss die (unausgesprochenen) Beziehungswünsche des Patienten erkennen, annehmen und ihre Bearbeitung vertagen können.

Anders ausgedrückt liegt in dieser Anfangssituation eine Reihe von Fußangeln, die rasch die Entscheidungsfreiheit des Therapeuten minimieren können. Beispielsweise könnte er auf die Unklarheit der Problemschilderung mit insistierendem Nachfragen reagieren, auf den Vergleich mit Kollegen mit dem Bemühen um den Nachweis seiner besonderen Qualifikation, auf das Erlebnis seines Unbehagens mit Antipathie dem Patienten gegenüber, auf die Angst vor Ablehnung mit eigener subtiler Demütigung usw. Dies wäre verständlich, therapeutisch aber wenig zielführend.

Die Vielfältigkeit komplexer Wechselwirkungen in der therapeutischen Beziehungsgestaltung und die Schwierigkeit, die interaktiven Signale zu erkennen und adäquat zu beantworten, will ich an einem weiteren Beispiel aus einer späteren Therapiephase illustrieren.

2. *Beispiel:* Ein Patient ist verunsichert und enttäuscht über die Persistenz seiner Beschwerden, trotz eingehender Analyse und Kooperation bei den therapeutischen Lösungsversuchen. Er äußert verbal etwa: „Manchmal geht es mir schlechter als zu Beginn der Therapie, obwohl ich mich sehr bemühe, alle Ihre Ratschläge zu befolgen. Ich bin in Sorge, ob mir überhaupt geholfen werden kann!“ Der Therapeut antwortet einfühlsam und inhaltlich richtig: „Es ist gut, dass Sie mir Ihre Sorge mitteilen. Offenbar haben Sie sich eine schnellere Besserung erwartet. Sie sollten sich hier nicht selbst zu sehr unter Druck setzen; schließlich kann man selten ein Problem, das sich über viele Jahre entwickelt hat, in wenigen Wochen lösen.“

Das Beziehungsthema bleibt dabei unangesprochen. Hintergrund dieses aktuellen Problems in der Therapie war ein unerkanntes, krankheitsverstärkendes Lösungsschema des Patienten, das auf eine knappe Formel gebracht lauten könnte: „Nur wenn es mir körperlich schlecht geht, darf ich mich schonen!“, verbunden mit der Befürchtung: „Wenn ich erst wieder gesundgeschrieben bin, droht mir erneut berufliche Überforderung“, macht die Stagnation und ein Festhalten an der therapeutischen Beziehung für ihn Sinn. Der Therapeut sieht sich seinerseits in seinem Selbstwertgefühl bedroht, das er zu einseitig von beruflichem Erfolg abhängig macht, etwa nach der Regel: „Ich bin nur wirklich etwas wert, wenn ich erfolgreich bin!“

Auch diese Situation offenbart ein vielschichtiges interaktionelles Bedingungsgefüge aus bewussten Absichten und nichtbewussten affektiv-kognitiven Steuerungen. Auch hier gibt es offenstehende Türen in Sackgassen mit entsprechenden Beziehungsverstrickungen. Etwa: Der Therapeut sendet

Signale seiner Unzufriedenheit, der Patient befürchtet Sympathieverlust, entsprechend bemüht er sich, Erfolgserlebnisse zu produzieren, der Therapeut spürt die mehrdeutigen Botschaften, kann sie jedoch nicht zuordnen und zweifelt erneut an seiner Kompetenz usw.

Für das Verständnis solcher und anderer interaktioneller Schwierigkeiten wurde in jüngerer Zeit eine Reihe von Modellen vorgestellt, die auch in der verhaltenstherapeutischen Literatur gebührende Beachtung fanden (vgl. z. B. das zentrale Konzept der Psychoanalyse zur Übertragung und Gegenübertragung). Zu nennen sind hier u. a. das kommunikationstheoretische Konzept der Doppelbindung (Watzlawick, Beavon & Jackson, 1969), das sozialpsychologische Konstrukt der Reaktanz (Brehm, 1980) die Untersuchungen zu Interaktionsstilen (Schulz von Thun, 1997), die komplementäre Beziehungsgestaltung (Grawe, 1992), die Plananalyse (Caspar, 1989), die Problematik des Widerstands in der Therapie (z. B. Margraf, 1996), die Strategische Kurzzeittherapie von Sulz (1994), die Schematherapie von Young, Klosko und Weishaar (2005), die Lebenszielanalyse von Stavemann (2008), die emotionsfokussierte Therapie von Greenberg (2002) bzw. Lammers (2007) und im Besonderen das Modell der doppelten Handlungsregulation von Sachse (1999) und im psychoanalytischen Kontext die Erforschung der affektiven Beziehungsregulierung (Krause, 1997).

Als einem grundlegenden Konstrukt zum Verständnis psychischer Prozesse begegnen wir in den meisten dieser Ansätze dem Begriff des Schemas als einer individuellen Bereitschaft, auf bestimmte externale und internale Bedingungen zu reagieren, also erworbenen Wahrnehmungs- und Handlungs- sowie emotionalen und motivationalen Mustern. Für die Bewältigung jeweiliger Lebensanforderungen können diese Schemata funktional oder dysfunktional sein, d. h., sie helfen, eine Situation angemessen einzuschätzen und auf diese adäquat zu reagieren, oder sie verzerren die Wirklichkeit im Sinne früherer, oft bedrohlicher Erfahrungen.

In den genannten Beispielen kann man kognitive, also bewusstseinsnahe und sprachlich leichter codierbare Schemata (Sachse, 2003) erkennen, etwa: „Ich bin krank und habe Anspruch auf rasche und kompetente Hilfe“ (1. Patient) oder „Ich bin noch zu krank, um den Anforderungen meines Jobs zu genügen“ (2. Patient). Die affektiven Schemata (Greenberg, 2002) dagegen sind dem Betroffenen nicht bewusst: Obwohl aktiviert, sind sie nur als vages Unbehagen (emotional oder körperlich) spürbar, z. B. „Ich bin nur etwas wert, wenn ich etwas (Besonderes) leiste“ (1. Patient) oder „Ich flüchte mich in die Krankheit, weil ich die Sicherheit meines Arbeitsplatzes als gefährdet erlebe“ (2. Patient). Erfahrungsgemäß ist es für Therapeuten schwierig, diese sofort im Hier und Jetzt zu erkennen, sie müssen aus dem interaktionellen Prozess erst erschlossen werden und sind Schlüssel zu einem zentralen Therapiethema.

Gemäß Sachses doppelter Handlungsregulation im Sinne der Spiel- und Motivebene zeigen diese Patienten Hinweise auf dysfunktionale Interaktionsstile: Sie möchten in einer be-

stimmten Weise gesehen werden (Vermittlung eines „Images“), und der Therapeut soll sich in einer bestimmten Weise ihnen gegenüber verhalten (das Image transportiert einen dem Ziel des Patienten dienlichen „Appell“). Die eigentlichen Motive oder Bedürfnisse werden nicht geäußert, im Gegenteil, sie sollen intransparent bleiben und den Interaktionspartner veranlassen, das gewünschte Verhalten zu zeigen.

Um das „Spiel“ des Patienten zu durchschauen, muss der Therapeut z. B. anhand seines Unbehagens erkennen, dass er in einer bestimmten Weise manipuliert werden soll, und versuchen, die interaktionellen Ziele zu erarbeiten. Die aus dem Verhalten des Patienten erschlossenen Motive können dann zunächst durch komplementäre Beziehungsgestaltung partiell befriedigt und durch empathisches Eingehen auf Bedeutungszusammenhänge einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Dieses induktive Vorgehen ist oft eine Gratwanderung zwischen langsamer Selbstöffnung und angstbesetzter Vermeidung, die dem Therapeuten einiges an Frustrationstoleranz abverlangen kann. Erfahrungsgemäß ist es generell – für Patient und Therapeut – nicht einfach und selbstverständlich, sich die eigenen Bedürfnisse zu vergegenwärtigen. Es kann manchen Patienten schwerfallen, sich Bedürfnisse einzugestehen, die durch Erziehungseinflüsse entwertet worden sein können (z. B. Neugier, Abgrenzung, Sexualität). Noch schwieriger ist es zu erkennen, welche Konflikte zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen existieren können.

Ziel ist es, dem Patienten bewusst zu machen, dass es allgemein menschliche Grundbedürfnisse gibt, jeder also ein Recht hat, diese zu haben und sich gegenüber Verletzungen mit den jeweils zur Verfügung stehenden Mitteln zu schützen.

Erfahrungsgemäß leuchtet den Patienten unmittelbar ein, dass die Erfüllung von Grundbedürfnissen wichtig ist, ihnen ist jedoch nicht ohne Weiteres bewusst, inwieweit ihr interaktionelles Handeln durch solche Bedürfnisse gegenwärtig oder in der Vergangenheit motiviert ist bzw. war. Um diese Zusammenhänge zu aufzudecken, gibt es eine Reihe bewährter Methoden:

1. die vertikale Verhaltensanalyse oder Plananalyse (Caspar, 1989),
2. die Ableitung von Grundannahmen aus situativen Gefühlen und zugehörigen automatischen Gedanken (z. B. Beck, Freeman & Pretzer, 1993),
3. die Vergegenwärtigung von Beziehungserfahrungen aus der Lebensgeschichte (z. B. durch Imagination früherer Bedürfnisverletzungen, siehe etwa Young et al., 2005),
4. das Aufdecken primärer, mit den Verletzungen von Grundbedürfnissen in Zusammenhang stehender Gefühle (Greenberg, 2002).
5. die Strategische Kurzzeittherapie nach Sulz (1994)

Diesen Verfahren, mit denen die dysfunktionalen Schemata einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden sollen, wird im Folgenden eine Strategie zur Seite gestellt, die eher zunächst einen Bogen macht um die im therapeutischen Kontext schwierigen Beziehungsbotschaften. Sie zielt darauf ab – ganz im Sinne der sokratischen Haltung –, den Patienten selbst

möglichst viele der hier relevanten Antworten finden zu lassen und sie erst in einem zweiten Schritt mit interaktionellen Schwierigkeiten in der Therapie in Verbindung zu bringen.

Der vorgestellte **Fragebogen für Patienten zu Grundbedürfnissen, ihrer Erfüllung und subjektiven Wichtigkeit** thematisiert zum einen das Feld elementarer Bedürfnisse – ob unmittelbar beziehungsrelevant oder nicht – und bietet zunächst zusätzliche Hinweise zu therapeutischen Veränderungszielen. Er ist nicht als standardisiertes Messinstrument konzipiert, sondern dient allein einer durch die Items geleiteten Selbsterforschung. Die notwendige Erinnerungsarbeit bezüglich Bedürfnisverletzungen kann, falls erforderlich, wiederum durch imaginative Verfahren unterstützt werden, wenn Patienten sich nur ungenau an relevante Kindheitserfahrungen erinnern können. Dabei befindet sich der Patient zunächst immer noch in sicherem Abstand zu fraglichen Beziehungsfallen oder dysfunktionalen Spielen.

Zum anderen enthalten die Antworten bei jenen Patienten, die mit dysfunktionalen Interaktionsstilen ihre Beziehungswünsche transportieren, auch Erkenntnisse über die hintergründige Motivebene in der therapeutischen Interaktion. In das Blickfeld des Patienten treten diese – angeregt durch behutsames und gezieltes Nachfragen des Therapeuten nach vorhandenen Beziehungswünschen –, wenn er fragebogengeleitet über vorausgegangene oder aktuelle Bedürfnisverletzungen nachdenkt.

Bei Patienten mit schweren und multiplen Bedürfnisverletzungen in der Kindheit kann die Konfrontation mit früheren Frustrationen und Gefühlen von Hilflosigkeit sehr belastend sein; in diesem ‚Fall ist eine Bearbeitung des Fragebogens gemeinsam mit dem Therapeuten zu empfehlen. Besonderes Augenmerk ist dabei darauf zu richten, wie der Patient in der Vergangenheit versucht hat, diese Verletzungen zu bewältigen, d. h. welche Überlebensregeln er (meist unbewusst) daraus abgeleitet hat. Das explizit geäußerte Verständnis des Therapeuten für solche – aus gegenwärtiger Sicht oft dysfunktionale – Verhaltensweisen ist für die Korrektur eines negativen Selbstbildes bzw. selbstentwertender Grundannahmen hilfreich, zeigt es dem Patienten doch, dass seine „irrationalen Überzeugungen“ im früheren Kontext durchaus ihre Berechtigung hatten und, wenn auch meist unzureichend, dem Selbstschutz dienten.

Seine Fragebogenwerte kann der Patient anschließend in einer sog. **Bedürfnisbilanz** (s.u.) zusammenfassen und sich damit vor Augen führen, inwieweit in seinem Leben wichtige Bedürfnisse erfüllt wurden bzw. in der Gegenwart erfüllt werden und wie wichtig diese ihm sind.

In einem weiteren Schritt kann er mit Hilfe eines **Bedürfnisquadrats** (s.u.), das aus dem Wertequadrat nach Hellwig (1967) bzw. dem Entwicklungsquadrat nach Schulz von Thun (1997) abgeleitet wurde, individuelle Bedürfniskonflikte und dysfunktionale Verhaltensweisen bei Gefahr von Bedürfnisverletzungen erkennen. Von Seiten des Therapeuten bedarf es dazu keiner Deutung oder Erklärung von Zusammenhängen, durch geleitetes Fragen findet der Patient die Antworten

weitgehend selbst – solange er bereit ist, sich auf die Suche einzulassen, denn spätestens in diesem Bereich kann es zu einer verstärkten emotionalen Beteiligung kommen. Das Eingeständnis etwa, auf besondere Beachtung und Wertschätzung angewiesen zu sein, fällt nicht leicht. Die Frage, was dies für die therapeutische Beziehung bedeutet und wie der Patient versucht, diesem Bedürfnis hier Geltung zu verschaffen, deckt die Hintergründe interaktioneller Verstrickungen auf. Werden die betroffenen Bedürfnisse transparent und erweisen sich für die therapeutische Beziehung als relevant, kann der Patient lernen, sich authentischer zu verhalten. Hierzu bedarf es selbstverständlich einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, der Wahl des richtigen Zeitpunkts, eines behutsamen Vorgehens und Einübung alternativer Verhaltensweisen bzw. kommunikativer Fertigkeiten.

### ■ Fragebogen zur Erkundung von Grundbedürfnissen

Angelehnt an die Bedürfnisstufen von Maslow (1954), enthält der Fragebogen 7 Grundbedürfnisse, in denen teilweise noch Unterteilungen enthalten sind. Sie sind in einem Selbsthilfebuch, das auch als Therapiebegleitbuch zur kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt werden kann, ausführlich beschrieben (Hanisch, 2009). Zwar findet man in der Literatur auch andere Gliederungsvorschläge: So beschränkt Grawe (1998) diese auf 4, Sulz (2003) definiert dagegen 8 elementare Bedürfnisse. Die hier vorgelegte Auswahl orientiert sich an der Bedürfnisseerteilung von Sulz (1994). Sie fasst die wichtigsten Bedürfnisse zusammen und leitet den Patienten auf Itemebene an, die eigenen Erfahrungen mit Befriedigung bzw. Frustration von Bedürfnissen zu reflektieren.

Als wichtigste Grundbedürfnisse, die je nach Lebensphase unterschiedliche Bedeutung haben, wurden ausgewählt:

- Stabile Bindung mit Liebe, Schutz, Geborgenheit, Zugehörigkeit und Verständnis
- Wertschätzung und Beachtung
- Gleichbehandlung und Gerechtigkeit
- Intimität, Erotik, Sexualität
- Sicherheit
- Neugier
- Autonomie mit Selbstachtung, Selbstbestimmung, Abgrenzung und Vertrauen in eigene Fähigkeiten

Der komplette Fragebogen wird aus Platzgründen hier nicht wiedergegeben, er kann aus dem Internet unter [www.dtv.de](http://www.dtv.de) heruntergeladen werden (zur Instruktion und Erläuterung der Grundbedürfnisse siehe Hanisch, 2009).

Hier beschränke ich mich auf die Items zur Unterskala „Stabile Bindung“, also das Bedürfnis nach Liebe, Schutz, Zugehörigkeit und Verständnis (siehe nächste Seite).

**Stabile Bindung**

<b>Vergangenheit</b> Wie erfüllt ist dieses Bedürfnis?	<b>Grad der Zustimmung</b> 0 – 100 %	<b>Gegenwart</b> Links: Wie erfüllt ist dieses Bedürfnis? Rechts: Wie wichtig ist die Erfüllung für Sie?	<b>Grad der Zustimmung</b> 0 – 100 %	<b>Wichtigkeit</b> 0 – 100 %
Ich fühlte mich von meinen wichtigsten Bezugspersonen verstanden		Ich habe stabile Beziehungen zu anderen Menschen		
Meine Eltern und ich vertrauten einander		Ich fühle mich geborgen		
Ich fühlte mich meinem sozialen Umfeld zugehörig		Andere mögen und akzeptieren mich		
Meine Eltern beschützten mich und hielten zu mir		Ich fühle mich von Personen, die mir nahestehen, verstanden		
Ich fühlte mich von meinen wichtigsten Bezugspersonen geliebt		Ich fühle mich meinem sozialen Umfeld zugehörig		
Zwischenergebnis als Summe aus allen Werten:		Zwischenergebnis als Summe aus allen Werten:		
Wie erfüllt ist dieses Bedürfnis? Mittelwert aus den 5 Aussagen		Mittelwert aus den 5 Aussagen		

■ **Die Bedürfnisbilanz**

Die jeweiligen Mittelwerte aus den Antworten zu den einzelnen Bedürfnissen können in einer Tabelle (Tab. 1) dargestellt werden, die man als Bilanzierung der relativen Bedürfniserfüllung betrachten kann. Bei einer Untergliederung von 4 Graden der Bedürfniserfüllung bzw. der Wichtigkeit eines Bedürfnisses ergeben sich 4 x 4 Kästchen, in die der Name des Bedürfnisses eingetragen wird. Unten angehängt sind die Angaben zu der Bedürfnisbefriedigung in der Vergangenheit. Hier wurde auf die Kategorie „Wichtigkeit“ verzichtet, da in der Kindheit und Jugend definitionsgemäß alle Grundbedürfnisse bedeutsam sind.

**Tabelle 1:** Beispiel einer Bedürfnisbilanz

<b>Wichtigkeit</b>	<b>Grundbedürfnisse in der Gegenwart</b>			
81-100 % sehr wichtig		Autonomie Stabile Bindung	Wertschätzung und Beachtung Intimität, Erotik und Sexualität	
51– 80 % ziemlich wichtig		Neugier	Gleichbehandlung und Gerechtigkeit	
21 – 50 % nicht sehr wichtig			Sicherheit	
0 – 20 % nicht wichtig				
Erfüllung	0 – 20 % nicht erfüllt	21 – 50 % wenig erfüllt	51 – 80 % weitgehend erfüllt	81 – 100 % ganz erfüllt
<b>Zum Vergleich</b>	<b>Grundbedürfnisse in der Vergangenheit</b>			
	Wertschätzung und Beachtung	Gleichbehandlung und Gerechtigkeit Intimität, Erotik und Sexualität Autonomie Neugier	Sicherheit Stabile Bindung	

Dies ermöglicht einen Vergleich zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Die gestrichelte Linie reduziert das Ganze auf 4 Felder, um für Patienten die Interpretation zu erleichtern (Tab. 2).

**Tabelle 2:**

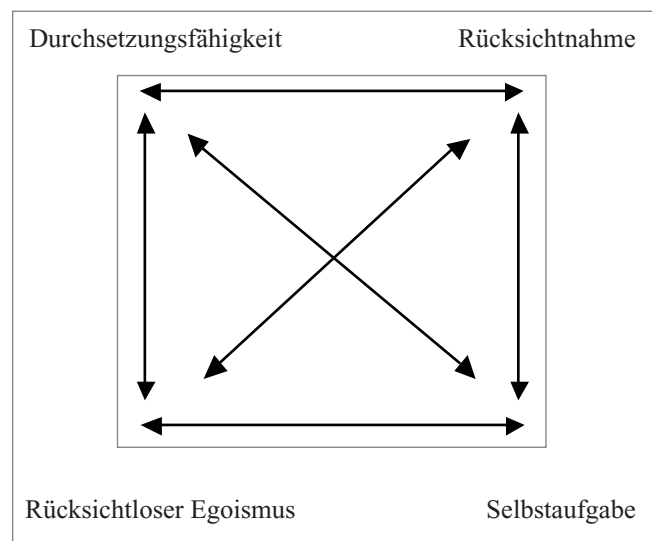
<p><b>Bereich 1</b>  <b>Erfüllung: gering</b>  <b>Wichtigkeit: hoch</b></p> <p>Was Ihnen heute wichtig ist, wird nicht oder nur wenig erfüllt. Für Ihre Lebenszufriedenheit wäre zu prüfen, wie die in diesem Feld angesiedelten Bedürfnisse in Ihrem Leben mehr Raum einnehmen könnten.</p>	<p><b>Bereich 2</b>  <b>Erfüllung: hoch</b>  <b>Wichtigkeit: hoch</b></p> <p>Was Ihnen wichtig ist, wird weitgehend oder völlig erfüllt. Wären alle Bedürfnisse in diesem Bereich, könnte man Sie nur beglückwünschen!</p>
<p><b>Bereich 3</b>  <b>Erfüllung: gering</b>  <b>Wichtigkeit: gering</b></p> <p>Diese Bedürfnisse erscheinen Ihnen weder erfüllt noch wichtig. Das kann für Sie so ganz in Ordnung sein. Vielleicht haben Sie sich aber auch nur damit abgefunden, dass eine Befriedigung dieser Bedürfnisse nicht erreichbar ist – wie der Fuchs in der Fabel die unerreichbaren Trauben als zu sauer einschätzt. Möglich auch, dass Sie diese Bedürfnisse schon aus den Augen verloren haben. Dann wäre es überlegenswert, das Potenzial dieser Bedürfnisse für eine größere Lebenszufriedenheit zu erproben!</p>	<p><b>Bereich 4</b>  <b>Erfüllung: hoch</b>  <b>Wichtigkeit: gering</b></p> <p>Hier finden Sie zwar erfüllte Bedürfnisse, die aber für das Gefühl von Zufriedenheit wenig bedeutsam erscheinen. Sie mögen denken, es kann so bleiben, wie es ist. Was Sie haben, mag Ihnen vielleicht selbstverständlich erscheinen (vergleichbar mit der Luft zum Atmen). Was wäre aber, wenn diese Bedürfnisse nicht erfüllt wären? Die Einschätzung der Wichtigkeit könnte sich dann ändern. Auch die Erfüllung dieser Bedürfnisse wertzuschätzen, kann von Nutzen sein.</p>

**Das Bedürfnisquadrat: Bedürfniskonflikte und dysfunktionaler Ausdruck von Bedürfnissen**

Beim Blick auf die Bedürfnisbilanz verspüren die meisten Patienten Impulse, etwas zu ändern. Da niemand alles auf einmal ändern kann, wird vorgeschlagen, zunächst dasjenige Bedürfnis in den Mittelpunkt zu rücken, das ihm besonders wichtig erscheint und dessen Erfüllung häufig in Frage stand. Um festzustellen, wo ein Änderungswunsch besteht und welche Verschiebungen in der Bedürfnisbilanz daraus resultieren, verwende ich in abgewandelter Form das Wertequadrat von Helwig (1967). Damit kann das Thema „Bedürfniskonflikte“ auf den Punkt gebracht und die individuellen Prioritäten hinsichtlich der Grundbedürfnisse aufgezeigt werden.

Helwig geht von der Überlegung aus, dass jeder Wert (jede menschliche Qualität) in einem ausgewogenen Spannungsverhältnis zu einem positiven Gegenwert stehen muss, wenn er sich konstruktiv entfalten soll. Beispiel: Die Fähigkeit, sich durchzusetzen, bedarf für ein konstruktives menschliches Miteinander der Ergänzung durch die Fähigkeit der Rücksichtnahme. Durchsetzungsfähigkeit und Rücksichtnahme sind Gegensätze, die sich in einer dialektischen Spannung gegenüberstehen. Die eine ohne die andere Eigenschaft kann einen negativen Charakter bekommen, wenn sie in übertriebener Weise ausgelebt wird. In unserem Beispiel kann man die Übertreibung der Durchsetzungsfähigkeit als rücksichtslosen Egoismus bezeichnen, auf der anderen Seite kann Rücksichtnahme zu vollständiger Selbstaufgabe verkommen. Damit ergeben sich vier Eigenschaften, zwei positive, die sich dialektisch ergänzen und zwei negative als ihre jeweiligen Übertreibungen. Das positive, aber gegensätzliche Eigenschaftspaar wird in der oberen Ebene gegenübergestellt, die entwertenden Übertreibungen finden sich in der unteren Ebene. Die Pfeile deuten an, dass alle vier Eigenschaften in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen.

**Beispiel für ein Wertequadrat analog Helwig:**

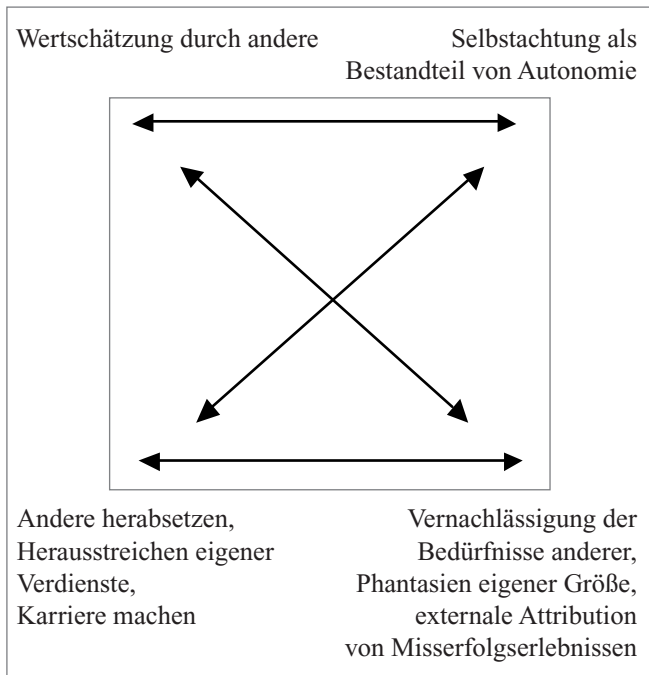


Überträgt man diesen Gedanken auf die Bedürfnisseebene und betrachtet z. B. das Bedürfnis nach Wertschätzung, die man von anderen erhalten möchte, so bedarf dieses als einen positiven Gegenpol das Bedürfnis nach Selbstachtung. Bei einer dysfunktionalen Ausdrucksweise eines dieser beiden an sich positiven Bedürfnisse käme Selbstachtung etwa nur in einer Vernachlässigung der Bedürfnisse anderer zum Ausdruck, der Wunsch nach Wertschätzung als ständige Betonung eigener Verdienste. In Abwandlung des Wertequadrats kommt man so zu einem „Bedürfnisquadrat“: Jedes Bedürfnis ist also nicht für sich allein schon das Maß aller Dinge, sondern ihm steht ein anderes, ebenfalls wichtiges Bedürfnis gegenüber, mit dem es sich in einem Spannungsverhältnis befindet (obere Ebene). Häufig wird man feststellen, dass eines der beiden Bedürfnisse, da häufig verletzt oder im Konflikt mit dem anderen befindlich, übertrieben bzw. vernachlässigt wird. Ein Verhalten, das vor

allem durch die Vermeidung von Bedürfnisverletzungen motiviert ist, übertreibt das ursprüngliche Bedürfnis entweder oder deformiert es bis zur Unkenntlichkeit (untere Ebene).

Unser erster Patient (siehe S. 2) erkannte, wie dominant sein Bedürfnis nach Wertschätzung durch andere ist und dass nach seiner Ansicht das Bedürfnis nach Selbstachtung auf der Strecke bleibt. Seine Verhaltensweisen im Umgang mit diesen Bedürfnissen zeigt die untere Ebene. Diese wurden im sokratischen Dialog und durch Selbstbeobachtung bei situativ erlebter Gefahr von Bedürfnisverletzungen mit dem Patienten herausgearbeitet.

**1. Beispiel für ein Bedürfnisquadrat (1. Patient)**

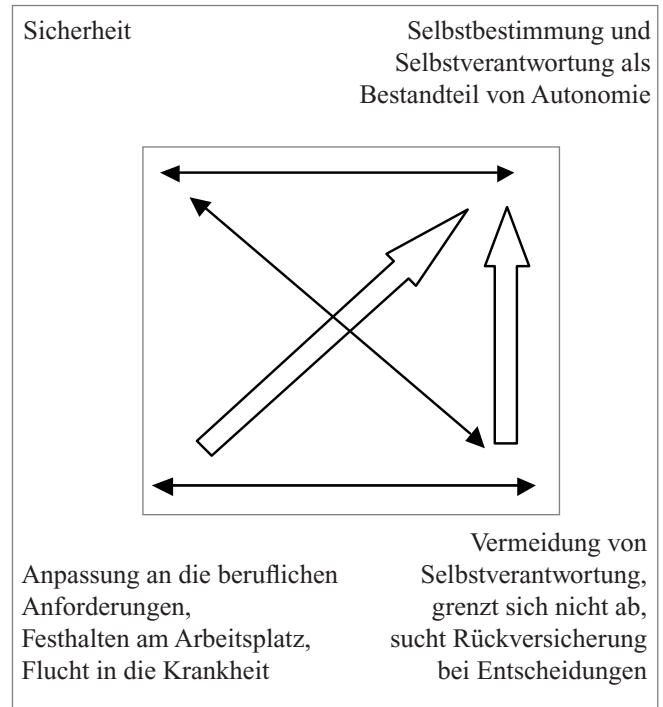


Nehmen wir als weiteres Beispiel den 2. Patienten und bei ihm sein von ihm fokussiertes Bedürfnis nach Sicherheit. Bei seiner einseitigen Ausrichtung auf dieses Bedürfnis kam nach seiner Ansicht vor allem das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu kurz. Beide Bedürfnisse bedürfen für ihn auch hier der Ergänzung durch das jeweils andere. Im Bedürfnisquadrat bilden dann diese beiden polar angeordneten Begriffe wieder die beiden oberen Ecken des Quadrats.

Die beiden unteren Eckpunkte finden wir, indem wir uns diese beiden Bedürfnisse in übertriebener oder vermeidender Form entsprechend vergegenwärtigen: Dem Sicherheitsbedürfnis ordnete er sein Festhalten an seinem ungeliebten Arbeitsplatz und seine Flucht in die Krankheit zu (erkennbar für ihn als Angst vor dem Therapieende). Dass er sein Leben bisher wenig selbstbestimmt und selbstverantwortlich führte, wurde ihm erst allmählich bewusst, entsprechende Impulse wurden schon in seiner Kindheit und Jugend durch einen überfürsorglichen Erziehungsstil der Eltern unterbunden. Diesbezüglichen Anforderungen ging er aus dem Weg, er übernahm wenig Selbstverantwortung, grenzte sich nicht ab, richtete sich bei allen wichtigen Entscheidungen nach der Meinung anderer.

Dies zeigte sich u. a. in seiner Bedürfnisbilanz zur Vergangenheit und Gegenwart.

**2. Beispiel für ein Bedürfnisquadrat (2. Patient)**



Neu sind in dem letzten Quadrat die breiten Pfeile. Sie bringen ein sinnvolles Entwicklungspotenzial zum Ausdruck (siehe auch Schulz von Thun, 1997). Für diesen Patienten, der sich zunächst vor allem links unten einordnete, dann aber auch erkannte, wie wenig Selbstständigkeit er sich zutraute, war es ein konstruktiver Entwicklungsschritt, der eigenen Autonomie mehr Beachtung zu schenken (bzw. diesbezügliches Vermeidungsverhalten zu problematisieren). Fragen, auf welchen Wegen dies geschehen könnte und welche Ängste es dabei zu überwinden galt, wurden so einer Bearbeitung zugänglich. Nebenbei bemerkt verweist diese Darstellung der Verhaltensexzesse und Verhaltensdefizite in der unteren Ebene auf deren motivationale Bedeutung, auftretende Widerstandphänomene bei ihrer Bearbeitung werden so leichter verständlich.

**■ Therapeutische Anwendung**

Durch den Fragebogen, die Bedürfnisbilanz und das Bedürfnisquadrat bekommt ein Patient Gelegenheit, sich unmittelbar mit dem Grad der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zu beschäftigen. Fasst man die therapeutischen Schritte zusammen, so wählt der Patient nach dem Ausfüllen des Fragebogens zunächst aus seiner Bedürfnisbilanz ein Bedürfnis aus, das ihm besonders wichtig erscheint, das er aber als weitgehend unerfüllt oder häufig bedroht erlebt. Dann benennt er jenes Bedürfnis, das aus seiner Sicht in einem polaren Spannungsverhältnis mit dem ausgewählten Bedürfnis steht. Schließlich wird er durch Nachfragen angeleitet zu reflektieren, wie er versucht hat,

diesem Bedürfnis Rechnung zu tragen bzw. diesbezügliche Verletzungen zu vermeiden. Der oben genannte 1. Patient konnte z. B. zu der Feststellung gelangen: „Ich bemühe mich, Karriere zu machen, um Anerkennung zu bekommen, anstatt eigene Stärken wertzuschätzen und Schwächen zu akzeptieren“ und „Ich setze andere manchmal herab, wenn ich Wertschätzung vermissem“. Oder der 2. Patient: „Ich versuche, allen beruflichen Anforderungen gerecht zu werden, um mich sicher zu fühlen, auf Kosten meiner Selbstbestimmung“ und „Ich habe Angst, wenn es mir besser geht, endet die Therapie, und ich fühle mich wieder überfordert“. Erkennt er so die Einseitigkeit seiner Bemühungen und damit die Gefährdung seiner inneren Balance, steht er vor der Wahl, ob dies so bleiben soll oder ob er – unter entsprechendem Verzicht und Überwindung von Angst – andere Prioritäten in seinem Leben setzen möchte. Damit eröffnet sich einerseits für eine therapeutische Bearbeitung das Feld vorhandener oder fehlender Kompetenzen, die zu einer Erreichung angemessener Bedürfnisbefriedigung notwendig sind. Andererseits – und das dürfte für ein gutes Arbeitsbündnis hilfreich sein – werden die Beziehungswünsche und Ängste transparent und sprachlich codierbar, also Wünsche, die vielleicht wegen schmerzhafter Verletzungen lange nicht mehr gespürt, geschweige denn geäußert wurden. Der Therapeut kann dann deutlich machen, dass die Erfüllung von Grundbedürfnissen, je nach Lebensalter, ein zu respektierendes Anliegen darstellt und für eine gesunde Entwicklung erforderlich ist. Treten nun interaktionelle Probleme in Form von emotionalen „Störungen“ im therapeutischen Prozess auf, können diese – unter Ausschluss anderer Ursachen (siehe oben) – den angesprochenen Bedürfnissen zugeordnet und authentische Gefühls- und Bedürfnisäußerungen erarbeitet werden.

So werden über den Weg der Erschließung wichtiger Bedürfnisse und Bedürfniskonflikte auch diejenigen problematischen Beziehungsmuster des Patienten, die in der therapeutischen Interaktion bedeutsam sind, zugänglich und damit behandelbar. Bei Patienten mit sog. Persönlichkeitsstörungen (in obigen Beispielen beim 1. Patienten narzisstische, beim 2. Patienten dependente Anteile) trifft man so in der Regel auf die relevanten interaktionellen Problemthemen und findet gemeinsam mit dem Patienten Zugang zur anfänglich meist nicht bewussten Motivebene. Dies erfordert ein behutsames Vorgehen, ist es doch für den Patienten meist schmerzhaft, mit unangenehmen Gefühlen, ausgelöst durch frühere und aktuelle Bedürfnisverletzungen, konfrontiert zu werden.

Insgesamt kann der Patient aus seiner Bedürfnisbilanz unmittelbar ableiten, welchen Bedürfnissen er in Zukunft mehr Beachtung schenken möchte. Die Tatsache, dass Grundbedürfnisse miteinander im Widerstreit liegen können, er sich also in seiner Lebenssituation klar werden muss, welches Bedürfnis derzeit Vorrang haben soll, wird ihm durch ein oder mehrere Bedürfnisquadrate anschaulich. Es eröffnet Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume. Die Frage, wie er bisher in zwischenmenschlichen Beziehungen versucht hat, dem jeweiligen Bedürfnis Geltung zu verschaffen oder Bedürfnisverletzungen zu vermeiden, offenbart entweder angemessene Strategien oder dysfunktionale Verhaltensweisen, bedingt durch hinderliche Schemata oder negative Grundannahmen.

## ■ Resümee

Durch die Kenntnis der Bedürfnisstruktur und der Verletzbarkeiten verringert sich die Gefahr, sich im Beziehungs-labyrinth zu verlieren. Die hier dargestellten Instrumente können dem Therapeuten zusätzlich zu seinem bisherigen Methodeninventar als eine Art Ariadnefaden dienen und die therapeutisch sinnvolle Eigenverantwortung des Patienten für Beziehungsverstrickungen stärken.

Das Bedürfnisquadrat stellt dem Patienten ein Modell zur Verfügung, mit dem er unter therapeutischer Anleitung die Spannungsfelder zwischen verschiedenen Bedürfnissen und die Funktion maladaptiver Bewältigungsreaktionen – auch in der therapeutischen Beziehung – erkennen kann. Die gemeinsame Interaktionsanalyse wird so zu einem zentralen Therapiethema, und unangenehme Gefühle in der Therapie eröffnen einen Zugang zur Bedürfnisebene.

Die ersten Erfahrungen bei der Anwendung in meinen Therapien und die Diskussion des Verfahrens mit Kollegen und Supervisanden sind insofern ermutigend, als Patienten das beschriebene Vorgehen meist mit großem Interesse aufnehmen und der Therapeut durch die Erkenntnisschritte, die sich für den Patienten weitgehend selbst erklären, entlastet wird.

## ■ Literatur

- Beck, A.T., Freeman, A. & Pretzer, J. (1993). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Brehm, S.S. (1980). Anwendung der Sozialpsychologie auf die klinische Praxis. Bern: Huber.
- Caspar, F. (1989). Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern: Huber.
- Grawe, K. (1992): Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Röttger-Verlag.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Psychotherapie. Hogrefe: Göttingen
- Greenberg, L. (2002). Emotion-Focused Therapy. Coaching clients work through their feelings. Washington: American Psychological Association.
- Hanisch, E. (2009). In jeder Mücke steckt ein Elefant. München: dtv
- Helwig, P. (1967). Charakterologie. Stuttgart: Klett.
- Krause, R. (1997). Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Grundlagen (Bd. I). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lammers, C.-H. (2007). Emotionsbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Margraf, J. (1996). Beziehungsgestaltung und Umgang mit Widerstand. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. 1). Heidelberg: Springer.
- Maslow, A.H. (1954). Motivation and Personality. New York: Harper.
- Schulz von Thun, F. (1997). Miteinander Reden 2 – Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Sachse, R. (1999). Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen. Hogrefe.



- Stavemann, H. (2008). Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung. Weinheim: Psychologische Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz.
- Sulz, S. (1994): Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2003). Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit. München: CIP-Medien.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). Schematherapie. Paderborn: Junfermann.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969). Menschliche Kommunikation. Bern: Huber.

#### ■ Korrespondenzadresse

Dr. phil. Ernstfried Hanisch  
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (VT)  
Supervisor, Lehrtherapeut, Leiter von Selbsterfahrungsgruppen und Gruppen zur Interaktionsbezogenen Fallarbeit, Dozent am Ausbildungsinstitut München (AIM)

Rückertstr. 7 | 80336 München | Tel. 089/531654  
dr.e.hanisch@web.de | www.dr-hanisch-psychotherapie.de