

Serge K. D. Sulz

Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie heute: Von der Strategie der Übertragung zur heilenden Beziehungserfahrung

The Therapeutic Relationship in Today's Behavior Therapy: From the Strategy of Transference to Healing Relationship Experiences

Ausgehend von einem kursorisch historischen Überblick wird der heutige Verstehenshorizont innerhalb der Verhaltenstherapie bezüglich des Beziehungsaspekts der Behandlung dargestellt. Während früher nur im Störungsfall die Patient-Therapeut-Beziehung thematisiert wurde, gilt sie heute als Erster der gemeinsamen Wirkfaktoren der Psychotherapie als Grundvoraussetzung psychotherapeutischer Tätigkeit. Erkenntnisse der Therapiefor schung sind aufgegriffen worden, und die differenzierte Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist Allgemeingut: Warmherzigkeit einerseits und Konfrontation andererseits, Sicherheit einerseits und Selbständigkeit andererseits werden im Verlauf der Therapie den Notwendigkeiten angepasst. Doch auch Übertragung und Gegenübertragung sind nicht mehr tabu, sondern werden in die Beziehungsdiagnostik eingebunden. Damit werden auch frühe Beziehungserfahrungen exploriert, die verantwortlich sein können für heutige dysfunktionale Muster/Schemata im Umgang mit anderen Menschen und eben auch mit der TherapeutIn. Diese interaktionellen Schemata lassen sich durch Formulierung einer kindlichen Überlebensregel begrifflich fassen und modifizieren. Die Beziehungsstörungen zwischen TherapeutIn und Patient können mit dieser Regel erklärt werden (auch die Überlebensregel der TherapeutIn kommt hier ins Spiel). Daraus können sich hilfreiche Interventionen ergeben, die die Kompetenz des Patienten im Umgang mit schwierigen Situationen in zwischenmenschlichen Beziehungen stärken. Dies wird beispielhaft durch Therapiestrategien der Strategisch-Behavioralen Therapie aufgezeigt.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie – therapeutische Beziehung – psychotherapeutischer Wirkfaktor – gemeinsame Faktoren – Beziehungsdiagnostik – interaktionelles Schema – Überlebensregel – Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)

Starting from a cursory historical overview we outline today's horizon of understanding within Behaviour Therapy with respect to the relationship aspects of treatment. While the relationship of patient and therapist used to be addressed only in case of trouble, it is meanwhile seen as the first shared influential factor of psychotherapy and a prerequisite of psychotherapeutic activities. The findings of therapy research are taken up. The

differentiated customisation of the therapeutic relationship is common knowledge: warmth on the one hand, confrontation on the other, safety on the one hand and autonomy on the other, adapted to the necessities as therapy proceeds. Transference and countertransference are no more taboo either but included into the relationship diagnosis, thus allowing early relationship experiences to be explored which may be responsible for dysfunctional patterns/schemata of today's ways of dealing with other persons and also with the therapist. These interactional schemata may be conceptually framed and modified by phrasing a childlike rule of survival. Relationship problems between the therapist and the patient can be explained by this rule (the therapist's rule of survival comes in here, too), leading to helpful interventions that further the patient's competence in handling difficult situations in interpersonal relationships. This will be shown exemplarily by therapy strategies of the Strategic Behavioural Therapy (SBT).

Keywords

patient-therapist-relationship – therapeutic relationship – therapeutic factor – common factors – factors influencing therapeutic outcome – relationship-diagnosis – interactional schema – survival rule – Strategic Behavior Therapy (SBT)

Als ich vor 40 Jahren meine ersten Patienten verhaltenstherapeutisch behandelte, war diese noch ein Abkömmling der Lernpsychologie. Wir hatten die lernpsychologischen Grundlagen mit Skinner, u. a. mit dem programmierten Lehrbuch von Holland und Skinner (1971) erlernt, in dem kaum von Experimenten mit Menschen, sondern überwiegend mit Tauben und Ratten berichtet wurde. In den USA hatte sich jedoch schon eine Entwicklung zum Menschen hin gebildet, was auch in dem fortan zur Bibel gewordenen Lehrbuch von Kanfer und Philipps (1970) deutlich zum Ausdruck kam. Der Mensch mit seinem Innenleben war jedoch zuerst noch eine Black box, über die keine wissenschaftlichen Hypothesen gebildet wurden, da diese nicht experimentell erfasst werden konnten. Zwar waren Ängste und Phobien die hauptsächlichsten psychischen Störungen, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, aber das änderte sich schnell. So enthielt das störungsbezogene Lehrbuch von Yates (1970) schon mehr als eine Handvoll Störungen und beschrieb deren verhaltenstherapeutische Behandlung.

Das Wort Therapie wurde anfangs nur zögerlich ausgesprochen, es ging nicht um die Behandlung eines kranken Menschen. Der Mensch war nicht krank, sondern er zeigte ein störendes Verhalten. Deshalb musste nur dieses eine Verhalten geändert werden. Vielen erschien deshalb der Begriff Verhaltensmodifikation am zutreffendsten. Erst als das Gesundheitssystem der Gesellschaft auf klinische Psychologen zukam und um Hilfe bat, ging es de facto doch um Therapie. In Deutschland war es die Klinische PsychologIn, die Verhaltensmodifikation ausübte. Der Begriff Psychotherapie war ausschließlich für die psychoanalytische Behandlung reserviert.

Die Lernpsychologie hatte sich inzwischen auch den sprachlichen Prozessen zugewandt. Sie untersuchte die Konditionierung von Sprachverhalten. Dieses wurde wie die Gedanken und Gefühle verdeckte Variable genannt, da sie sich unsichtbar in der Black box befanden. Zunächst erweiterte nur Ellis (1962) den Horizont um Gedanken und Gefühle.

Schließlich trat mit Meichenbaum (1979), Mahoney (1977), Bandura (1977) und Kanfer (1977) die kognitive Strömung der Verhaltenstherapie in Erscheinung, und Beck (1976) wandte sich der Verhaltenstherapie zu. Es gab nun kognitive, emotionale, beobachtbar handelnde und körperlich-physiologische Verhaltenskomponenten (Lazarus, 1978). Mein Behandlungszimmer war, dem direkten Vorbild Niels Birbaumers (1973) folgend, auch mit Videokamera und einem umgebauten EKG, das den psychogalvanischen Hautreflex, das Elektromyogramm und EEG-Hirnströme des Frontallappens aufzeichnen konnte, ausgestattet. Für diese Messungen wurde auch ein Entspannungssessel benötigt. Der Patient war aber immer noch kein Patient, eigentlich auch kein Klient. Letzteres war ein Begriff aus Rogers (1951) Gesprächstherapie, die damals schon viel weiter war als die Verhaltenstherapie (Tausch & Tausch, 1979).

Wer war das also, der zur Klinischen PsychologIn zur Verhaltensmodifikation kam? Krankenkassen bezahlten für dieses Vorgehen nur im Ausnahmefall etwas, was auch zeigt, dass es nicht um Patienten gehen konnte. Zur experimentalpsychologischen Grundhaltung hätte eigentlich den Begriff des Probanden gepasst. Kanfer (1977) hatte dann den Begriff des Klienten übernommen. Dies entsprach auch dem damaligen Schwerpunkt des Counseling in der Klinischen Psychologie der USA.

Ein Ratgeber lässt noch viel mehr Verantwortung beim Klienten als der Therapeut beim Patienten, ein Experimentalpsychologe jedoch noch weniger als dieser. Denn er befindet sich ja im Labor und nicht im Beratungszimmer. Er wendet lernpsychologische Prinzipien an, mit denen er das Verhalten der Versuchsperson bzw. des Probanden ändert. Er spricht mit diesem über dessen Verhalten und über die Situationen, in denen das Verhalten auftritt, und solche, in denen es nicht auftritt. Und in den ersten Jahren gehörte noch zwingend die Verhaltensbeobachtung in der verhaltensauslösenden Situation und am Ort (z. B. zu Hause oder in Bus) dazu.

Die Kommunikation beschränkte sich auf das Notwendige: Anamnese und Exploration bezüglich Situation und Verhalten einerseits, der Erläuterung des Vorgehens, die wiederholte Frage nach dem momentanen Stand bezüglich der erfassten Variablen (Qualität der Imagination, Intensität der Angst bzw. der körperlichen Anspannung) und dem Ergebnis am Ende der Intervention. Dass ein Einverständnis mit der Art des Vorgehens bestand, wurde vorausgesetzt, solange kein Protest kam. Und es wurde auch nicht nachgefragt, ob alles klar ist oder ob etwas noch nicht verstanden wurde. Bzw. ob sich der Patient zu der Intervention in der Lage fühlt.

Aus diesen Schilderungen ist ersichtlich, wieweit wir damals von unserem heutigen Verständnis der therapeutischen Beziehung entfernt waren. Und nicht wenige Psychotherapeuten, die ein anderes Verfahren durchführen, sehen Verhaltenstherapeuten noch so. Auch wenn all dies von der TherapeutIn nicht bewusst reflektiert und kommuniziert wurde und auch wenn es nicht gelehrt und explizit gelernt wurde, hatte sie auf natürliche Weise einen so guten Umgang mit dem Patienten, dass auch in der Verhaltenstherapie die therapeutische Beziehung ein impliziter Wirkfaktor war. Ohne Worte stellte sich die Art der Beziehung ein, die einerseits für den Fortgang der Behandlung und andererseits für das Wohlbefinden von Klient und TherapeutIn optimal war. Rückblickend war vielleicht diese gute Beziehung oft für den Therapieerfolg entscheidender als die angewandten Techniken. Denn die verhaltenstherapeutischen Techniken waren noch simpel und

nicht maßgeschneidert für die einzelne Persönlichkeit. Es gab allerdings nicht wenige Verhaltenstherapeuten, die zuvor oder parallel in klientenzentrierter Gesprächstherapie ausgebildet waren. Für sie war die Arbeit mit und an der therapeutischen Beziehung eine Selbstverständlichkeit (vgl. Sachse & Schlebusch, 2006).

Zimmer (1983, siehe auch Zimmer & Zimmer, 1992) berichtete schon 1983 über eine Studie, die die hohe interaktionelle Kompetenz von VerhaltenstherapeutInnen zeigte: Fähigkeit, sich auf die verschiedenen Beziehungsangebote von Patienten einzustellen, Warmherzigkeit, Unterstützung, Offenheit (auch bezüglich eigener modellhafter Erfahrung), systematische Aufmerksamkeitslenkung und Strukturierungsfähigkeit. Und 1992 gaben Margraf und Bregelmann ein Buch mit dem Titel „Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie“ heraus (vgl. auch Scholz, 1994).

Zimmer schreibt über den heutigen Stand: „Ein hoher Anteil der präsentierten Symptome steht in engem Zusammenhang mit mangelnder Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte. Entsprechend wichtig sind die kognitiv-emotionalen und interaktionellen Schemata, die auch in der therapeutischen Interaktion sichtbar werden. Verhaltenstherapeuten beobachten wie andere Therapeuten das Verhalten des Patienten in der Therapie und nutzen ihre eigene Reaktion als Hinweisreize auf zwischenmenschliche Bedürfnisse bzw. Befürchtungen. Die Nutzung solcher Beobachtungen ist eine Anregung zur Generierung von Arbeitshypothesen für die eigene Fallkonzeption. Sie bedürfen natürlich kritischer Prüfung“ (Zimmer, 2011, S. 39). Zugleich weist der Autor darauf hin, dass verhaltenstherapeutische Störungstheorien den Beziehungsaspekt lange Zeit vernachlässigten.

Zimmer (2011, S. 41; vgl. auch Zimmer, 2013) hält folgende Aspekte der therapeutischen Interaktion für wesentlich:

- a.) Geduldig und behutsam die Muster gemeinsam erarbeiten.
- b.) Das unbefriedigte zwischenmenschliche Bedürfnis erschließen und sich mit dem Wunsch nach Befriedigung verbünden.
- c.) Auch die oftmals starken Ängste sollten validiert und zunächst akzeptiert werden.
- d.) Vor diesem Hintergrund kann oftmals rekonstruiert werden, welche früheren Beziehungserfahrungen das (überlebte) Problemlöseverhalten verstehbar machen, um dann
- e.) Patienten auch zu frustrieren und zu konfrontieren.

Kanfer (1998, 2000; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) hat im Rahmen seines Selbstmanagementansatzes die phasengerechte Interaktion zwischen TherapeutIn und Patient herausgearbeitet. Beginnend mit der gemeinsamen Klärung der Rahmenbedingungen und der Motivation, gefolgt von der immer wieder neu erfolgenden Abstimmung der Vorgehensweise, in der die TherapeutIn Führung und Aktivität immer mehr zugunsten von Eigeninitiative des Patienten zurücknimmt, mündet die Interaktion in der Schlussphase in das wörtliche Selbstmanagement des Patienten – während die TherapeutIn verfügbar bleibt.

Zwar gehen wir auch in der Verhaltenstherapie davon aus, dass die therapeutische Beziehung zu den Common Factors (Norcross, 2002) bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapien gehört, aber die Gestaltung von Interaktion und Beziehung ist auch verfahrensspezifisch, indem die Orientierung an obigen Maximen speziell für die Ver-

haltenstherapie notwendig ist – nicht dass sie wichtig sind, sondern wie und wann sie in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden.

Insgesamt entsteht häufig der Eindruck, dass Verhaltenstherapeuten einerseits implizit die therapeutische Beziehung auf kompetente Weise optimieren und dass sie andererseits erst dann explizit darauf eingehen, wenn das Therapiegespräch schwierig und der Patient zum Problempatienten wird – manchmal ist das zu spät (Wunderlich, 2002; Lutz, Kosfelder & Joormann, 2004; Kowarowsky, 2005; Jacob, Lieb & Berger, 2009).

Gestaltung der therapeutischen Beziehung*

Die Therapieforschung konnte wiederholt belegen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einer der wesentlichen Wirkfaktoren der Psychotherapie ist (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Welche Funktion hat die Patient-Therapeut-Beziehung?

Zu allererst ist sie der Beginn der Hilfe in einer akuten Not. Sie lässt Hoffnung schöpfen und bringt oft bereits eine Linderung der Beschwerden. Sie ist durch die Asymmetrie der Beziehung zwischen einem kranken Menschen und einem kompetenten Heiler zunächst eine Möglichkeit, Verantwortung abzugeben und sich anzuvertrauen. Sie ist anfänglich die Gelegenheit, eine emotionale Abhängigkeit entstehen zu lassen, die emotionales Nützen ermöglicht, die Befriedigung zentraler Bedürfnisse durch den Therapeuten. Sie ist die Chance, eine bislang nicht mögliche oder verbotene Rolle in einer nahen Beziehung einzunehmen und korrigierende Beziehungserfahrungen (Alexander, 1950; Fürstenau, 1994, 1998) zu machen. Und sie ist der Schauplatz von Reinszenierungen alter dysfunktionaler Interaktions- und Beziehungsmuster, Fehlwahrnehmungen, Missinterpretationen, Konfliktaktualisierungen, Beziehungstests (Weiss et al., 1986) und zentraler Vermeidungstendenzen. Dadurch ist sie ein wertvolles Anschauungs- und Übungsfeld für die oft wichtigsten Veränderungen neben der Symptomtherapie. Da sich die therapeutische Beziehung im Laufe der Therapie erheblich verändert, ähnlich der Beziehung zwischen Eltern und Kind im Laufe von Kindheit und Jugend, ist sie auch ein Modell für Beziehungsentwicklung. Erst durch ihre Entwicklung wird sie eine förderliche Beziehung. Zur Beziehungsfähigkeit gehört nicht nur, sich aufeinander einzustellen – das gelingt den meisten, sondern Veränderungen und Entwicklungen des Partners wahrzunehmen, zuzulassen bzw. zu fördern, sich selbst zu verändern und zu entwickeln und dann wieder ein neues Beziehungsgleichgewicht herzustellen. Die meisten Ehen scheitern gerade an diesem zweiten Aspekt, an ihrer Unfähigkeit zur Beziehungsentwicklung. Ähnlich ist es bei der Patient-Therapeut-Beziehung. Neben dem richtigen Umgang mit Beziehungstests ist die Fähigkeit des Therapeuten, sein Beziehungsverhalten den Veränderungen und Entwicklungen des Patienten und der Phase des Therapieprozesses anzupassen, eine Bewährungsprobe. Sowohl Anfänger als auch erfahrene Therapeuten laufen Gefahr, ein Beziehungstereotyp zu entwickeln, das zu vielen Patienten zu oft und zu lange angeboten wird. Dagegen steht das subtil wahrnehmende Einstellen auf die aktuelle Person, auf ein Gegenüber, dessen Aufgabe nicht darin besteht, sich dem Interaktionsstereotyp des Therapeuten anzupassen.

*verändert aus Sulz (2011): Das Therapiebuch. München: CIP-Medien, Seite 47-64)

Beziehungsgestaltung beginnt mit einer Begegnung. Ich begegne dem Menschen, der zwar mein Patient ist, aber wesentlich für den Aufbau unserer Beziehung ist, was er für ein Mensch ist und wie die Begegnung zwischen uns abläuft, wie aus unseren Begegnungen Beziehung entsteht. Da läuft etwas ab, das wir anfänglich mehr wahrnehmen denn steuern können. Der Beziehungsaufbau geschieht prozesshaft und viel schneller, als wir gedanklich erfassen können, was geschehen ist. Wir ertappen uns bei Gedanken, Gefühlen, Aussagen und Gesten, die nicht zu unseren häufigsten gehören, und wundern uns über uns selbst. Da hat der Patient quasi zwischen den Zeilen durch nonverbale Signale auf eine sehr komplexe Weise auf unsere Psyche so eingewirkt, dass wir, ohne es frühzeitig zu bemerken und steuern zu können, wie ein anderer Mensch reagieren. Er macht jemand anderen aus uns. Genauso kann es natürlich dem Patienten mit uns gehen. Hier geht es um Vorgänge, die in der Psychoanalyse Übertragung und Gegenübertragung genannt werden. Ohne die theoretischen Erklärungen der Psychoanalyse hier bei den weiteren Ausführungen übernehmen zu müssen, können wir diese gut eingebürgerten Begriffe verwenden. Übertragung ist demnach ein unbewusstes, nonverbales Beziehungsangebot, durch das uns der Patient eine bestimmte Rolle anbietet. Wir gehen unbewusst auf dieses Angebot ein, und es kommt bei uns eine ganzheitliche Antwort als Gegenübertragung zustande. Wir haben die uns angebotene oder zugewiesene Rolle übernommen. Oft wird uns so ein Angebot gar nicht bewusst. Es bedarf der therapeutischen Schulung, um eine ausreichende Wahrnehmung für Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse zu entfalten. Selbst erfahrene Therapeuten geraten immer wieder in Situationen, die eventuell über Monate hinweg den Patienten in eine Gegenübertragung führten und so den therapeutischen Prozess zum Stagnieren brachten. Manchmal kann nur ein Kollege oder Supervisor, der von außen auf die Patient-Therapeut-Beziehung sehen kann, die besondere Art der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation erkennen.

Welche Aspekte sind wichtig für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung?

Wovon ich zunächst nur Notiz nehmen kann – konstatieren, dass es so ist –, werde ich allmählich mehr verstehen lernen, wenn ich mehr vom Patienten weiß (und natürlich auch von mir selbst). Hierzu verhelfen uns die umfangreichen Untersuchungen während der diagnostischen Phase.

Sie geben Aufschluss:

- über die Geschichte des Patienten, die im Wesentlichen eine Beziehungsgeschichte ist,
- über seine zentralen Bedürfnisse in Beziehungen,
- über die Art seines Umgangs mit seinen zentralen Bedürfnissen – wie er anderen Menschen gegenüber diese zu befriedigen sucht und wie er eventuell immer wieder an deren Befriedigung scheitert,
- über seine zentralen Ängste in Beziehungen,
- wie er versucht, diese entsprechenden Bedrohungen laufend zu verhindern und wie er vielleicht trotzdem immer wieder diesen Ängsten ausgeliefert ist,
- in welchen Beziehungskontexten er mit welchen Gefühlen reagiert,

- wie er versucht, durch seinen Umgang mit seinen Gefühlen die Beziehung zu steuern,
- über seine dysfunktionalen Persönlichkeitszüge als Verhaltens- und Erlebensstereotypen, durch die er in Beziehungen nicht anders sein kann, auch wenn es zu seinem Schaden gereicht,
- über seine situationsübergreifenden kognitiven Bewertungen und Erwartungen, die einer Beziehung keine Chance geben, sich anders als erwartet zu entwickeln,
- über seine dysfunktionale Überlebensregel, die wie ein ehernes Gesetz über sein Beziehungsverhalten wacht, um vermeintlich sein Überleben in Beziehungen zu gewährleisten,
- über seine gegenwärtigen wichtigen Beziehungen und deren Gestaltung, deren partielles oder vollständiges Scheitern und die Art, in der dieses Scheitern abläuft,
- über seine Werte und Normen, die Eckpfeiler für sein Verhalten und seinen Umgang mit Beziehungen setzen,
- über die Konflikte, die in seinen Beziehungen auftreten und über seinen Umgang mit diesen Konflikten,
- über seine Ressourcen, durch die er seine Beziehungen bereichert oder bereichern könnte,
- über seine Entwicklungsstufe, die seinen Beziehungen eine stufenspezifische Bedeutung gibt und über seine Entwicklungsdefizite, die verhindern, dass er seine Beziehungen weiterentwickelt.

Jeder dieser Aspekte wirkt auch auf die Beziehungsgestaltung in der Therapiesituation. Eine Planung der Beziehungsgestaltung berücksichtigt sie, indem Beobachtungen und Hypothesen über die Art ihres Einflusses auf die therapeutische Beziehung festgehalten werden. Welcher Umgang damit hat sich in den Therapiesitzungen bereits gezeigt und welcher ist unter welchen Umständen zu erwarten? Nach diesen Verhaltensbeobachtungen und Verhaltensvorhersagen kann aufgrund des Gesamtverständnisses des Patienten erarbeitet werden, welches Therapeutenverhalten bezüglich welchen Aspekts förderlich und welches schädlich ist (Sulz, 2008, VDS39).

Konkrete Planung der Beziehungsgestaltung

Wollten wir alle relevanten Aspekte in einer Therapiesitzung berücksichtigen, so wären wir völlig überfordert. Das Beziehungsgeschehen ist zu komplex, als dass wir es simultan kognitiv auch nur annähernd erfassen und steuern könnten. Wir sind immer ein bisschen verspätet dran. Deshalb greifen wir uns die drei wichtigsten Aspekte heraus und planen diesbezüglich die Beziehungsgestaltung. Hierzu eignen sich vor allem das zentrale Beziehungsbedürfnis und die zentrale Beziehungsangst, da sie erfahrungsgemäß einen hohen Prozentsatz des Beziehungsverhaltens determinieren. Als Kriterien der konkreten Planung verwenden wir (teils einer Empfehlung Grawes (1998) folgend):

- das Motiv (Bedürfnis),
- das instrumentelle Annäherungsverhalten, das zur Bedürfnisbefriedigung führen soll,
- das Vermeidungsverhalten, das vor einer schmerzlichen Frustration schützen oder den Schmerz der Frustration verringern soll,
- das Verhalten, zu dem der Therapeut verleitet wird.

Wenn ich weiß, was der Patient in einer wichtigen Beziehung braucht, kann ich viele seiner Reaktionen besser verstehen. Ich kann zahlreiche Verhaltensweisen in konkreten Beispielsituationen als instrumentelle Annäherungen identifizieren, die die betreffende Bedürfnisbefriedigung herbeiführen sollen. Seine Beziehungsgeschichte hat ihn gelehrt, welche Verhaltensweisen zur Bedürfnisbefriedigung führen können und dürfen. Der eine Patient wird versuchen, Geborgenheit durch wortarmes „Anschmiegen“, der andere durch wortreiches aktiv-freundliches Gesprächsverhalten zu erlangen. Da oft andere Verhaltensweisen verboten sind, muss er bei ausbleibender Befriedigung dieses Verhalten intensivieren – mehr desselben, das so zu viel des Guten wird und die Frustration besiegelt. Um dieser Frustration vorzubeugen, tritt ein Vermeidungsverhalten hinzu oder ein vermeidender Verhaltensaspekt, der sich mit dem annähernden so vermischt, dass eine Doppelbindungsbotschaft resultiert, z. B. „Bitte gib mir Verständnis, aber du kannst mich nie verstehen!“ Vor diese unlösbare Aufgabe gestellt, wird der Therapeut, noch ehe er auf bewusster Ebene die Botschaft dekodiert hat, spontan von eindeutig befriedigendem Verhalten zurückschrecken und die selbsterfüllende Prophezeiung des Patienten wahr machen. Nur wenn er sich auf solche Situationen vorbereitet und in seiner Wahrnehmung eine aktive Suchhaltung aufgebaut hat, die dieses Beziehungsangebot des Patienten bewusst wahrnehmbar werden lässt, erkennt er rechtzeitig, worum es geht, und kann die Transaktion steuern und für eine korrigierende Beziehungserfahrung nutzen. Da mich das Beziehungsangebot des Patienten einfängt, fällt mir nicht schnell genug der richtige förderliche Satz ein. Ich muss ihn mir vorher überlegen und z. B. schriftlich festhalten.

Bei Sulz (2008, VDS39) findet sich eine praktische Möglichkeit dieser Planungsschritte. Analog wird beim zweiten Schritt, der zentralen Angst in Beziehungen, vorgegangen. Ist diese Angst z. B. die Angst vor Kontrollverlust über das Verhalten des Gegenübers, so werden wir viele Reaktionen des Patienten erleben, die wir als aktiven Widerstand gegen die therapeutischen Interventionen interpretieren und leicht verärgert direkter werden. Dies erhöht die Angst des Patienten vor Verlust der Kontrolle, er sieht sich in der Bedrohlichkeit der Situation bestätigt und kann noch weniger die Kontrolle abgeben. Sein Vermeidungsverhalten wird uns verständlich, wenn wir seine Angst beim Namen nennen können. Dass aus einer Angst eher ein Annäherungsverhalten resultieren kann, erscheint nur auf den ersten Blick abwegig. So führt Angst vor Alleinsein zu aktivem, Schutz suchendem Verhalten. Angst vor Verlust der Kontrolle über den Interaktionspartner führt nur zum Teil zu defensivem Verhalten. Es führt auch zu einer Annäherung durch ein Angebot einer gleichberechtigten Kooperation, in der keine Seite die Direktive hat. Gerade dieser annähernde Aspekt hilft, das richtige Therapeutenverhalten zu finden, wie dies gerade bei dieser Angst eine Untersuchung von Grawe, Caspar & Ambühl (1990) nahelegt.

Oft reicht es, für den Anfang diese beiden Aspekte zu berücksichtigen, und es gesellt sich nach und nach ein weiterer Aspekt, wie z. B. die Überlebensregel oder der dysfunktionale Persönlichkeitszug, hinzu, der sich in der therapeutischen Beziehung am deutlichsten manifestiert. Hier ist zu fragen, wozu verhält sich der Patient mir gegenüber z. B. selbstunsicher, worin besteht die Instrumentalität dieses Verhaltens? Welchen Annäherungs- und welchen Vermeidungsaspekt enthält es (vgl. Grawe, 1998)? Und zu welcher Antwort tendiere ich spontan? Der förderliche Satz könnte darin bestehen: „Sie wissen, was Sie wollen. Ich vertraue darauf.“ Dabei können uns diese Sätze übertrieben oder pathetisch

vorkommen. Aber bei so viel Bedürfnis kommen sie genauso beim Gefühl des Patienten an, wie dieser es braucht. Es ist, wie wenn wir mit Kindern sprechen. Das ist eine ganz andere Sprache als mit Erwachsenen. Wir sprechen quasi über die Erwachsenen- oder Verstandesseite des Patienten hinweg mit seiner Kind- oder Gefühlsseite. Und diese legt völlig andere Maßstäbe an. Denken wir nur an Komplimente, die uns gemacht werden. Sie sind meist überzeichnet, und doch tun sie uns gut. Auch wenn wir amerikanische Therapeuten hören, mit welcher Expressivität sie auf den Patienten eingehen, wie da eine Bestätigung oder ein Lob das Gefühl und nicht nur den Verstand erreicht. Es geht unter die Haut, wir hören nicht nur die wohltuenden Worte, wir spüren die positive affektive Botschaft. Also sollten wir darauf achten, an wen wir uns mit unserem Satz wenden. Ist es der Techniker, der Buchhalter, der Philosoph oder seine fühlende, bedürftige Seele? Therapeutische Beziehungsgestaltung achtet darauf, an wen sie welche Botschaft richtet. Sie verwendet eine je verschiedene Sprache und verschiedene nonverbale Signale. In der Verhaltenstherapie haben sich Kohlenberg und Mitarbeiter systematisch mit dysfunktionalen Interaktionsmustern innerhalb der Therapiesitzung und den therapeutischen Umgang mit ihnen befasst (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter, 2000).

Konkrete Vorbereitung auf Beziehungstests

Neben den häufigen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen, die auf subtile Weise den Verlauf der Beziehung zu steuern versuchen, gibt es „große“ Beziehungsmänöver, die als Liebesbeweise angelegt sind und für den Prüfling (den Therapeuten) eine große Gefahr des Scheiterns beinhalten. Jemand, der unvoreingenommen und unbedacht in diese Prüfungssituation gerät, muss scheitern. Zum Leidwesen sowohl des Patienten als auch des Therapeuten sind dies Prüfungen so angelegt, dass sie der Geprüfte im Normalfall nicht besteht. Der Patient hat sich und der Welt wieder einmal bewiesen, dass das Paradies verloren bleibt, dass auch der Therapeut nicht derjenige ist, der das Tor zum Paradies zu öffnen vermag. Dass also auch er der Falsche ist. Diese Beweisführung hat Schutzfunktion. Sie schützt davor, sich dem anderen anzuvertrauen und hinzugeben, sich dadurch sehr verletzlich zu machen, um mitten in diese ungeschützte Verletzbarkeit hinein retraumatisiert zu werden. Die Enttäuschung „davor“ ist leichter zu verkraften als die Enttäuschung „mittendrin“.

Die Psychoanalyse erklärt diese Prüfungen durch Wiederholungszwang. Immer wieder versucht die Psyche, ein unerledigtes Problem zu lösen. Immer wieder versucht sie, dies in untauglichen Kontexten mit den gleichermaßen untauglichen Personen – so untauglich, wie in der Kindheit eine problematische Elternperson war. Da es um eine Reparatur der Kindheit geht und nicht um heutiges Glück, muss auch eine ähnliche Person und eine ähnliche Situation wie damals ausgesucht werden. Glück ist nicht die Bescherung durch eine unproblematische Person, sondern die glückliche Wendung der problematischen Person in der problematischen Situation. Es geht um die Wunscherfüllung durch genau die Person, von der Wunscherfüllung bisher vergeblich ersehnt wurde. Das Glück besteht nicht in einer sehr positiven Erfahrung aus einem neutralen Motivationszustand heraus, sondern im Beenden eines höchstaversiven Leids durch Änderung des Beziehungsverhaltens des Verursachers des Leids. Gerade diese Wendung des Verhaltens des Täters ist aber sehr unrealistisch, wenn die im Wiederholungszwang eingesetzte Person von ihrer

Persönlichkeit her eine große Affinität zu dem Täterverhalten hat. Wirkt der Wiederholungszwang also bereits bei der Wahl der Bezugsperson, sei es des Ehepartners, sei es des Therapeuten, so ist eine Auflösung äußerst schwierig.

Also muss sich der Therapeut, der sich sehr gut kennen muss, zuerst fragen, wie viel Ähnlichkeit er mit der Elternperson hat, von der aus der Wiederholungszwang seinen Ausgang nahm, und ob er zu genau diesen enttäuschenden Antworten neigt. Tatsächlich ist die Auswahl des Therapeuten manchmal bereits unter diesen Gesichtspunkten erfolgt, und die Therapie verspricht dadurch sehr schwierig zu werden. Die sorgfältige Planung der Beziehungsgestaltung ist in diesem Falle die wichtigste therapeutische Arbeit.

Sampson und Weiss (1986) nannten diese Prüfungen Beziehungstest. Die konkrete Vorbereitung auf den Beziehungstest, den uns der Patient stellen wird, ist nicht nur klug, sondern auch sehr ökonomisch.

Welches Motiv ist das, das immer wieder traumatisch frustrierte, wichtige Beziehungen wie ein roter Faden auf gleiche Weise markiert? Welche Enttäuschungen, welches Trauma wiederholt sich in den bisherigen Beziehungen? Welche analoge Situation in der Therapie kann sich beispielhaft ergeben? Durch welches Annäherungsverhalten wird der Patient dem Psychotherapeuten gegenüber versuchen, dem Motiv zu folgen und welche Anliegen oder Bedürfnisse zu befriedigen? Durch welches Vermeidungsverhalten wird er diese Annäherung unwirksam machen bzw. welches frustrierende Verhalten beim Therapeuten evozieren? Welches Therapeutenverhalten wäre schädlich, weil es welche Wirkung auf den Patienten hat und dadurch in dieselbe Kerbe schlägt wie Reaktionen bisheriger enttäuschender Personen? Gibt es ein förderliches Verhalten, das aus diesem Beziehungsmuster oder dieser Beziehungsfalle austritt? Ideal wäre eventuell – sofern es ein irdisches, wiederholbares Verhalten wäre – ein Verhalten, das das Tor zum Paradies öffnet. Doch das hängt sehr vom Einzelfall ab, ob dies überhaupt möglich ist. Andererseits ist es schwierig, ein Verhalten zu finden, das weder frustrierend noch befriedigend ist. Die Fortsetzung der Kommunikation auf einer Metaebene muss behutsam erfolgen, sonst wirkt sie wie das Aufwecken aus einem intensiven Traum kurz vor der (Er-)Lösung.

Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Therapieverlauf

Auch die Beziehungsentwicklung sollte im Einzelfall bewusste Betrachtung von Beginn an finden. Je schwieriger es ist, eine tragfähige, förderliche Beziehung aufzubauen, umso größer ist die Gefahr, dass diese zu einem unflexiblen Muster erstarrt, das Entwicklung verhindert. Man ist so froh, es geschafft zu haben, dass man den erfolgreichen Weg nicht mehr verlassen mag. Anfänglich braucht der Patient auch die Festigkeit und Zuverlässigkeit des Beziehungsangebots, um sich in die emotionale Arbeit einlassen zu können. Später muss ihm die Beziehung aber zunehmend mehr Raum geben. Die von Sulz (1994, 1995, 1996, 2008, 2011) beschriebene und empirisch gewonnene Bedürfnisreihe (Sulz & Tins, 2000) eignet sich auch, um die Beziehungsentwicklung zu verstehen (Tab. 5.1). Der Patient will zunächst beim Therapeuten willkommen sein, zur entstehenden Therapiebeziehung gehören. Er will dann jemanden haben, der ihm Geborgenheit und Wärme gibt. Er braucht Schutz und Sicherheit sowie zuverlässige Verfügbarkeit. Dies ist die Phase des Beziehungsaufbaus, die der Entwicklung einer sicheren Bindung dient (Bowlby, 1975, 1976). Der Blick ist ganz auf den Versorger gerichtet.

Ist die Beziehung etabliert, so will der Patient dem Therapeuten etwas wert sein. Er will von ihm Liebe und Zuneigung erhalten. Er sucht Aufmerksamkeit und Beachtung. Er erhofft Empathie und Verständnis, und er braucht Wertschätzung, Bewunderung und Lob. Dies ist die Phase des Selbstwerts. Das Selbst erhält Wert durch den gebenden anderen, den Selbstwert spendenden Therapeuten.

Tabelle 1 Bedürfnisse in den Phasen der therapeutischen Beziehung

Bedürfnis	Phase	Thema
Willkommen sein, dazugehören	Bindung	Zugehörigkeit zu einer Beziehung
Geborgenheit, Wärme		
Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit		
Liebe, Zuneigung	Selbstwert	
Beachtung, Aufmerksamkeit		
Empathie, Verständnis		
Wertschätzung		
Selbst machen, selbst können	Autarkie	Selbst, Differenzierung
Selbstbestimmung, Freiraum	Autonomie	
Grenzen gesetzt bekommen		
Gefordert und gefördert werden	Identität	
Ein Vorbild, jemand zur Idealisierung haben		
Intimität, Hingabe, Erotik		
Ein Gegenüber zur Auseinandersetzung		

Diese beiden Phasen der Beziehungsentwicklung standen ganz unter dem Vorzeichen von Beziehung. Man könnte sie als Beziehungsphasen bezeichnen. Es geht um „Beziehung haben“ und um „Wert durch Beziehung haben“. Die nächsten beiden Phasen könnte man als Selbstphasen bezeichnen. Es geht um das Herausschälen des Selbst aus der Beziehung, um die Differenzierung des Selbst von der Bezugsperson (Therapeut). Es geht darum, ein abgegrenztes Individuum mit einer eigenen Identität zu werden, als abgegrenzte Person einer ebenso abgegrenzten Person zu begegnen, in dieser Beziehung ein Du zu finden.

Die einzelnen in diesen Phasen zu befriedigenden Bedürfnisse können deshalb auch Selbst- oder Differenzierungsbedürfnisse genannt werden. Es beginnt mit dem Bedürfnis nach Selbsteffizienz (selbst machen, selbst können). Es geht weiter mit dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Freiraum. Hierzu gehört als Gegenpol das Bedürfnis, Grenzen gesetzt zu bekommen (das eher selten bewusst wahrgenommen wird, dem aber instrumentelle Verhaltensweisen zugeordnet werden können). Der Patient braucht die Bezugsperson, den Therapeuten, um in seinem eigenständigen, selbstbestimmten Pro-

jekt gefordert und gefördert zu werden. Und er braucht für seine Selbstentwicklung den Therapeuten als Vorbild und als jemanden zum Idealisieren, damit Erstrebenswertes am Horizont erscheint und Veränderungsmotivation gefördert wird. Jeder Therapeut muss sich bewusst machen, dass zur Identitätsbildung das Mannsein bzw. das Frausein gehört. Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein als Mann bzw. als Frau müssen auf förderlichen Beziehungserfahrungen aufbauen. Der Patient braucht das Feedback, männlich zu sein, die Patientin braucht die Spiegelung, eine Frau zu sein. Das Bedürfnis nach Intimität, Hingabe und Erotik weist auf diese wichtige Funktion auch der therapeutischen Beziehung hin. Intimität heißt, dass beide um die Erotik des Patienten wissen und dass der Therapeut zuverlässig die Intimitätsgrenzen achtet. Erst dann kann Hingabe geschehen mit der Sicherheit, sich frei im erotischen Spannungsfeld bewegen zu können, selbst steuernden Einfluss auf dieses Wechselspiel nehmen zu können. Erotik ist diese Spannung zwischen bewahrter Intimität und Hingabe (als Möglichkeit). Bedürftige, deprivierte Therapeuten sind dieser Aufgabe manchmal nicht gewachsen, so dass es zum Missbrauch kommen kann.

Ein Therapeut, der in seiner Selbstentwicklung nicht zu erotischem Mannsein, eine Therapeutin, die nicht zu erotischem Frausein gefunden hat, kann diesen Schritt nicht durch eine spezifische Beziehungsgestaltung fördern. Deshalb ist zu fordern, dass in der psychotherapeutischen Ausbildung diesem Aspekt, u. a. in der Selbsterfahrung, große Aufmerksamkeit gewidmet wird. Wie kann Erotik auf eine förderliche Weise in die therapeutische Beziehung Eingang finden? Wie kann die Grenze zum Missbrauch gehandhabt werden? Dies ist eine sehr schwierige Aufgabe für den Therapeuten. Leider wird der gekonnte Umgang mit den Grenzen manchmal nicht geübt, sondern prüde die Geschlechtlichkeit aus der Beziehung herausgehalten aus der unbewussten Angst heraus, Missbraucher zu werden. Gerade dies ist aber oft genug eine Wiederholung früherer Beziehungserfahrungen, wie sie z. B. eine Tochter mit ihrem verantwortungsvollen Vater erlebte. Diese Beziehungserfahrung erneut zu machen, bedeutet, dass die eigene Geschlechtlichkeit in einer wichtigen, nahen Beziehung keinen Platz hat, dass sie tabu ist, dass sie nicht als schätzenswerter Teil der eigenen Persönlichkeit in diese integriert werden darf. Ein erotischer Mann oder eine erotische Frau sein scheint dann in der Therapie oder überhaupt kein erstrebenswertes Entwicklungsziel zu sein. Diese beschneidende Quintessenz ist therapeutisch schädlich und der Weiterentwicklung des Patienten hinderlich.

Das siebte Selbstbedürfnis ist das Bedürfnis nach einem Gegenüber, das sich stellt, damit ich es aktiv lieben und mich emotional mit ihm auseinandersetzen kann. Hier geschieht der abschließende Schritt der Selbstentwicklung. Nach dem spielerischen erotischen Annähern und Wiederentfernen erfolgt nun die Hinwendung des abgegrenzten Selbst zu einer Person, die auch abgegrenzt ist. Beide bleiben in der Begegnung abgegrenzt. Die sich jetzt bildende Verbindung ist die Beziehung zwischen zwei abgegrenzten Individuen, die sich aus ihrem Verschiedensein heraus begegnen. Der Patient übt dabei, bewusst steuernden Einfluss auf die Beziehungsgestaltung zu nehmen, ihr eine von ihm erzeugte Prägung zu geben, selbst Gestalter der Beziehung zu sein. Der Therapeut muss befähigt sein, dies mit sich geschehen zu lassen. Er muss dies in die therapeutische Beziehung investieren, um dem Patienten die für seine Selbstentwicklung und für seine Identitätsbildung notwendige Beziehungserfahrung zu vermitteln.

Die Therapiematerialien VDS36 (Beziehungsanalyse) und VDS39 (Planung der Beziehungsgestaltung) aus der Strategischen Therapieplanungsmappe (Sulz, 2008) sind diagnostische Leitfäden zur Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung. Ein wesentlicher Bestandteil der Beziehungsdiagnostik ist das interpersonelle Circumplex-Modell (Kiesler, 1983; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor, 1994; Benjamin, 2001). Seine horizontale Achse hat die beiden Pole Liebe versus Feindseligkeit, seine vertikale Achse die Pole Dominanz versus Unterwürfigkeit. Zwei Menschen verhalten sich oft komplementär bezüglich der Dominanz-Achse, während bezüglich der Achse Liebe – Feindseligkeit oft gleichsinnig reagiert wird. Legt man zwei Kreismodelle zugrunde, wie Benjamin (2001) dies machte, so kann im ersten Modell abgebildet werden, wie aktiv mit der anderen Person umgegangen wird, und im zweiten Modell, wie auf Aktivitäten eines anderen reagiert wird. Dies kann mit Benjamins (2001; vgl. Tress, 2001) SASB-Analyse, für die eine Computerauswertung zur Verfügung steht (Tscheulin & Harms, 2001), geschehen, und es kann als Screening grob dargestellt werden, wie Abbildung 1 zeigt.

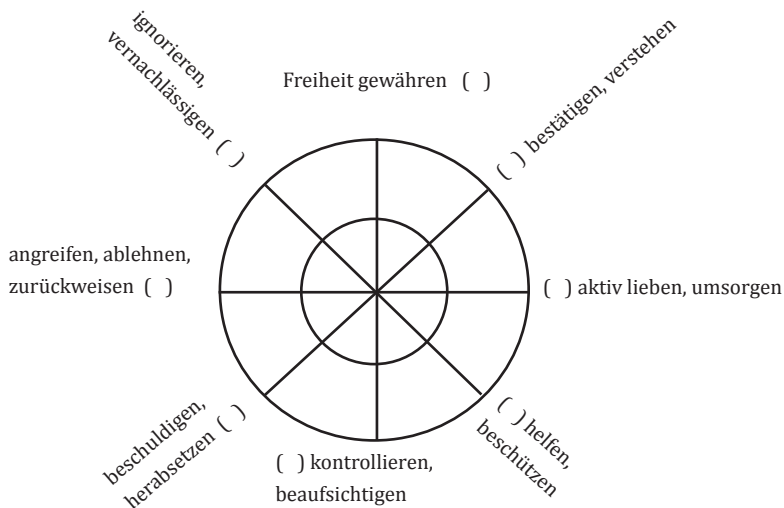
Analyse der therapeutischen Beziehung im Therapieprozess

In einer zusammenfassenden evaluierenden Betrachtung stellen sich mehrere Fragen zur therapeutischen Beziehung:

1. **Kenne ich die zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse des Patienten?**
Der Patient versucht, auch dem Therapeuten gegenüber seine zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse zu befriedigen. Wer viel Anerkennung braucht, wird sich so verhalten, dass der Therapeut ihn lobt. Wer Geborgenheit braucht, versucht, den Therapeuten zu warmherzigem, emotional versorgendem Verhalten zu bewegen. Wem Selbstbestimmung sehr wichtig ist, wird sich nur dann auf ein Vorhaben einlassen, wenn es seine eigenen Entscheidungen sind. Wenn Abhängigkeits- und Autonomiebedürfnisse im Konflikt stehen, wird vielleicht zuerst ein schützendes, führendes Therapeutenverhalten bewirkt. Dessen Initiative frustriert dann aber das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und wird deshalb abgelehnt. Er weiß nicht, wie ihm geschieht, wenn er nicht beide Botschaften wahrnehmen und entziffern kann. Der Therapeut kann also im günstigen Fall an seiner Gegenübertragung erkennen, welches Bedürfnis der Patient hat. Sicherer ist es, die Bedürfnisse mit VDS27 „Meine Bedürfnisse“ zu erfassen (VDS-Materialmappe Sulz, 2008). Daraus geht auch hervor, wie der Patient typischerweise mit seinen Bedürfnissen umgeht. Zeigt er sie, lässt er sich nichts anmerken, gibt er anderen, was er selbst brauchte? Nur wenn ich auch den typischen Umgang mit zentralen Bedürfnissen kenne, kann ich als Therapeut von seinem Verhalten auf seine Bedürfnisse schließen.
2. **Befriedige ich berechnete Bedürfnisse des Patienten?**
In der Therapieforchung gilt die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie (vgl. Grawe, 1998). Vor allem zu Beginn der Behandlung sollte der Therapeut zentrale Bedürfnisse des Patienten befriedigen. Wie geschieht dies? Wie befriedige ich in der Therapiesitzung ein Bedürfnis nach

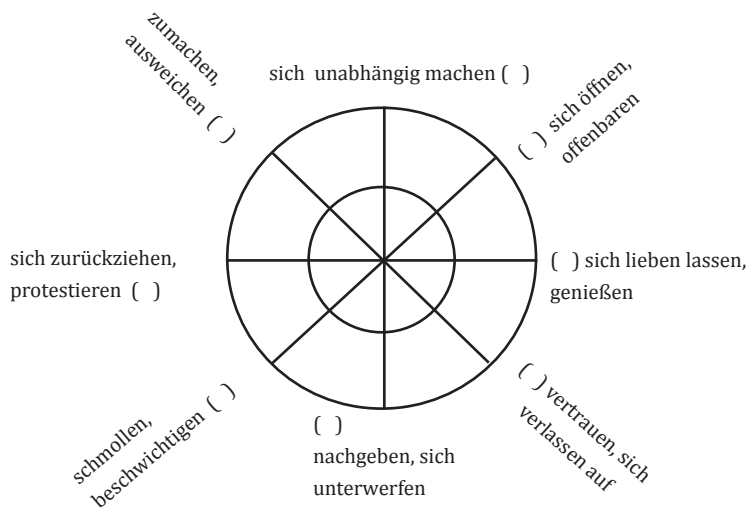
Abbildung 1: Beziehungsanalyse: Graphische Auswertung im Beziehungskreis

So gingen wir bisher miteinander um (1 = aktiver Modus):
 „Ich mache etwas mit dem anderen.“



Tragen Sie in die Klammern ein (P) ein, wenn Patient/in dieses Verhalten zeigt, tragen Sie ein (B) ein, wenn die Bezugsperson dieses Verhalten zeigt. Oder wählen Sie einen anderen Buchstaben für die betreffende Person (z.B. V = Vater, M = Mutter, E = Ehepartner, S = Sohn etc.).

So gingen wir bisher miteinander um (2 =reaktiver Modus):
 „Ich reagiere auf das, was der andere mit mir macht.“



Geborgenheit, nach Schutz, nach Liebe oder nach Bewunderung? Wie kann ich Bedürfnissen nach Selbständigkeit, Selbstbestimmung, nach Grenzen, nach einem Vorbild oder nach einem authentischen Gegenüber gerecht werden? Und wie soll mit dem Bedürfnis nach Erotik, Hingabe und Zärtlichkeit umgegangen werden? Einige Bedürfnisse muss der Therapeut erfüllen, und er muss herausfinden, welche. Auch wenn er ein Bedürfnis des Patienten nicht befriedigen kann, darf oder will, akzeptiert er ausdrücklich diese Regung des Patienten. Will der Therapeut ein Bedürfnis nicht befriedigen, so sollte es möglich sein, darüber so zu sprechen, dass sich der Patient nicht schämen muss. Kann und will der Therapeut das Bedürfnis befriedigen, so besteht dadurch die Chance zu einer korrigierenden Erfahrung (Alexander, 1950). Der Patient erfährt berechnete Bedürfnisbefriedigung, ohne dafür Bedingungen erfüllen zu müssen.

3. **Kenne ich zentrale (Beziehungs-)Ängste des Patienten?**

Ein großer Teil des Beziehungsangebots des Patienten ist durch die Vermeidung einer zentralen Bedrohung gekennzeichnet. Wenn ich weiß, was der Patient von mir fürchtet, verstehe ich viele Reaktionsweisen besser. Wenn ich weiß, dass für ihn eine große Gefahr in unserer Beziehung lauert, die er unbedingt bannen muss, kann ich ein Gefühl dafür entwickeln, welche meiner Reaktionen seine Angst ansteigen lassen, so dass er sofort etwas tun muss, um die Angst zu verringern. Wenn ich mit dem Patienten über problematische Beziehungsepisoden spreche, wird aus seinen Schilderungen seine zentrale Angst meist ersichtlich. Gezielter kann dies mit VDS28 „Meine zentrale Angst“ erfasst werden. Hat der Patient Angst vor Trennung und Allein-gelassen-Werden, so wird er sich mir gegenüber vielleicht sehr dependent anpassen und keinen gegensätzlichen Standpunkt vertreten. Fürchtet er die Kontrolle über die Situation und über mich zu verlieren, so kann er sich mir nicht wirklich anvertrauen und auf meine Vorschläge eingehen. Große Angst vor Hingabe kann dazu führen, dass keine stabile und tragfähige Beziehung in der Therapie entstehen kann.

4. **Kann ich Befürchtungen des Patienten bezüglich der therapeutischen Beziehung entkräften?**

Die zentrale Angst des Patienten ist nicht die realistische Befürchtung des Erwachsenen, in welcher Weise die Beziehung ein ungutes Ende nehmen könnte, sondern eine aus der Kindheit verbliebene irrationale Angst und Bedrohung, deren Wahrscheinlichkeit und Ausmaß überschätzt wird. So droht bei einem wütenden Disput eventuell Vernichtung oder massive Gegenaggression, beim Aussprechen einer berechtigten Forderung vielleicht endgültiger Liebesverlust. Statt den Patienten mit Samthandschuhen anzufassen, kann der Therapeut zeigen, dass sein Ärger begrenzt und vorübergehend ist und die Beziehung danach gleich gut bleibt. Es sollte also auf keinen Fall gemeinsam mit dem Patienten vermieden werden, die zentrale Angst zu aktualisieren. Vielmehr sollten solche Situationen bewusst dazu verwendet werden, dass der Patient in diese Situationen geht, sich seiner zentralen Angst stellt und dadurch die Erfahrung macht, dass das Gefürchtete nicht eintritt. Die korrigierende emotionale Erfahrung führt schließlich zur Löschung der Angst in der betreffenden Situation bzw. zu dem betreffenden Patientenverhalten.

5. Kenne ich seine/ihre Art des Umgangs mit Ärger in unserer Beziehung?

Es kann lange dauern, bis ein Therapeut diese Frage bejahen kann. Wenn er sehr behutsam mit dem Patienten umgeht, hat dieser nie Grund zum Ärger. Nimmt er umgekehrt subtile Hinweise auf Unmut nicht sensibel wahr, so kann der Patient lange Zeit seinen Ärger vor ihm verstecken. Eine gemeinsame Erkundung der Art der Ärgerreaktionen, der Ärger auslösenden Situationen und des typischen Umgangs mit Ärger stellen die Fähigkeit und Bereitschaft auf beiden Seiten her, Ärger ganz selbstverständlich zu thematisieren. Ob der Patient aus Ärger einsilbig wird oder verstummt, ob er traurig wird, ob er behauptet, nicht er selbst, sondern der Therapeut ärgere sich gerade, ob er sehr vernünftig wird oder den Therapeuten sehr gut verstehen kann oder ob er zum Pokerspieler wird, kann leicht erfragt werden. Natürlich können vegetative Symptome oder deren Folgen wie Blutdruckerhöhung, Kopfschmerz, eine Migräneattacke, starke Müdigkeit ebenso auf Ärger hinweisen und zeigen, dass der Patient Ärger und Wut somatisiert. Nicht selten sagt der Patient einfach die nächste Therapiestunde ab oder vergisst sie – es sei denn, ein Ausfallhonorar wurde vereinbart.

6. Kann ich seinen/ihren Umgang mit Ärger in unserer Beziehung thematisieren und therapeutisch nutzen?

„Ihr Gesichtsausdruck hat sich verändert. Wollen Sie mir sagen, was für ein Gefühl gerade da ist?“ oder „Wie geht es Ihnen mit dem, was ich gerade sagte?“ Der Gesichtsausdruck, die Körperhaltung verändern sich leicht, oder der Körper gerät in Bewegung. Es kann auch sein, dass die Augen die Emotion verraten. Wenn wiederholt die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, lernen Therapeut und Patient schnell, Ärger zu erkennen, und das Thematisieren wird eine unspektakuläre Selbstverständlichkeit. Wenn zuvor vereinbart wurde, dass Umgang mit Ärger ein Therapieziel ist, fühlt sich der Patient nicht ertappt, sondern kann selbst mit einer Verhaltensanalyse seiner Ärgerreaktion beginnen: „Was macht mich denn ärgerlich? Ist der Ärger situationsadäquat? Ich entscheide mich jetzt, ihn auszusprechen. Ich sage, welches Therapeutenverhalten ich mir stattdessen wünsche.“ Der Patient lernt so, seinen Ärger schneller bewusst wahrzunehmen, sich bei seinem bisherigen Umgang damit zu beobachten und sein Verhalten zu korrigieren. Er macht diese Abläufe für den Therapeuten öffentlich und kann z. B. mitteilen, dass er gerade wieder einen stark erhöhten Muskeltonus in Armen und Beinen hat. Ärger kann dem Therapeuten zeigen, dass er einen wesentlichen Aspekt noch nicht verstanden hatte und deshalb dem Patienten nicht gerecht wurde. Er kann sich dafür entschuldigen und vom Patienten wieder etwas lernen.

7. Nehme ich meine Gefühle in der Therapiesitzung wahr?

Möglicherweise konzentriere ich mich als Therapeut so sehr auf den Inhalt des Gesprächs, dass mir meine Gefühle bei der Arbeit lästig sind oder sie mir nicht der Beachtung und Rede wert erscheinen. Macht mich ein Ereignis sehr betroffen, ärgert mich die Distanzlosigkeit, ängstigt mich eine unausgesprochene Aggressivität, reagiere ich deprimiert angesichts des als ausweglos geschilderten Gefühlschaos meines Patienten, freut mich die Veränderung in Kleidung und Auftreten, bin ich traurig, weil der Abschied von einem lieb gewonnenen Menschen ansteht? Das in

der Therapiestunde auftretende Gefühl des Therapeuten ist oft sein wichtigstes Diagnostikum. Es ist auch Zeichen von In-Beziehung-mit-dem-Patienten-Sein“, indem der Therapeut durch seine Gefühle auch mit sich selbst in Beziehung steht. Es kann mir als Therapeut auch auffallen, dass ich mich auf die nächste Therapiestunde freue, da der Patient zu meinem Sonnenschein geworden ist.

- 8. Kann ich aus meinem Gefühl ableiten, wohin der Patient mich bringen möchte?**
 Da Gefühle die Funktion haben, den Menschen zu einem Handeln zu bewegen, kann es sein, dass der Patient die unbewusste Absicht verfolgt, dieses Handeln bei mir als Therapeuten zu evozieren. Oft wird eine Wiederholung früherer Beziehungserfahrungen inszeniert. Sei es eine erhoffte wie das Umschwärmtwerden, sei es eine gefürchtete wie das Abwenden aus Langeweile. Therapeuten, die nicht tiefenpsychologisch geschult sind, halten ihre Gefühle nicht selten für ein Zeichen ihrer unprofessionellen Seite und nehmen sie nicht wichtig genug. Dabei sind sie das, was der Patient mit uns gemacht hat, sind die psychische Bewegung, die er in uns hervorgerufen hat, sind sein Beziehungsangebot. Er hat sich in eine Rolle begeben, z. B. die des unfähigen Lehrlings, und weist mir dadurch die Komplementärrolle zu, etwa die des unzufriedenen strengen Lehrmeisters. Seine unbewusste Regie will mich zu einem bestrafenden Verhalten bewegen, ihn z. B. zu kritisieren oder abzuwerten oder wegzuschicken. Oder er stellt sich als armes, leidendes Opfer dar, das mein Herz erweicht, ein Mitgefühl erweckt und mich zu Trost und hilfreicher Fürsorge motiviert.
- 9. Kenne ich dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten aus seinen früheren Beziehungen?**
 Die durch die Anamnese bekannte Geschichte der wichtigen Beziehungen im Leben des Patienten lassen in mir die Vermutung aufkommen, dass sich oftmals wiederholende, sehr ähnliche und markante Beziehungserfahrungen überzufällig häufen. Diese Häufungen lassen sich nicht durch das Kausalitätsprinzip erklären. Das ist Konstruktion des eigenen Unglücks im Sinne von Watzlawick (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1979) oder Wiederholungszwang im Sinne Freuds. Wie und wozu macht der Patient das? Doch zunächst: Wie lässt sich das dysfunktionale Muster beschreiben und benennen? Da kann eine wiederkehrende Erfahrung von Unwichtigsein stattfinden, ein Unbeachtetbleiben oder einfach ein Vergessenwerden. Oder immer als die kleine Dumme hingestellt werden. Oder Kronprinz sein, den die anderen mit ihrem Neid verfolgen. Oder in einem Beziehungsdreieck die Betrogene sein. Oder die immer wieder Misshandelte oder Missbrauchte. Es kann auch sein, dass ungeachtet großer innerer Not die Rolle des Pflegeleichten eingenommen wird oder die Rolle des Tüchtigen, der es schon selbst schafft, obgleich es gar nicht zu schaffen ist. Dysfunktionale Beziehungsmuster führen definitionsgemäß zu einem frustrierenden Erlebnis, das ein immer wieder gleiches Unglück herstellt.
- 10. Kann ich dysfunktionale Anteile seines Beziehungsangebots mir gegenüber erkennen?**
 In der therapeutischen Beziehung können sich durch die Neuartigkeit der Therapiesituation zwar ganz neue dysfunktionale Interaktionsmuster einstellen, aber meist

wiederholt der Patient seine alten dysfunktionalen Interaktions- und Beziehungsstereotypen. Innerhalb kurzer Zeit gelingt es ihm unbewusst, die Patient-Therapeut-Beziehung ganz individuell auszugestalten, so dass der Therapeut sich ihm gegenüber anders verhält als anderen Patienten gegenüber. Es mag mir schmeicheln oder mich in meiner Haut unwohl fühlen lassen, wenn eine Patientin mich idealisiert. Aus ihrer Geschichte kenne ich das typische Schicksal dieser Konstellation. Es mündete stets in unerträgliche Enttäuschung, die depressiv machte. Und es wird auch in unserer Beziehung so ablaufen, wenn wir es nicht therapeutisch aufgreifen. Oder Wünsche werden nicht angesprochen, aber es wird erwartet, dass der Therapeut diese erfüllt. Es kann auch eine Übergefügigkeit sein oder eine freundliche Anpassungsbereitschaft, durch die wichtige Beziehungsaspekte ausgeklammert werden. Da kann eine durchgängige Passivität in eine sehr aktive Rolle drängen. Oder eine Patientin füllt den Raum nicht nur mit ihrer Leibesfülle so sehr aus, dass sich der Therapeut an die Wand gedrängt fühlt. Da kann aber auch ein Herr hereinschreiten, dem gegenüber sich der Therapeut klein und inkompetent fühlt, so dass es für den Patienten schwierig wird, sich anvertrauen zu können.

11. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot Positives erreichen will?

Die Verhaltensweisen des Patienten vereinen nicht selten drei Motive: positive Zuwendung, ängstliche Vermeidung und Aggressivität. Bei dysfunktionalen Beziehungsangeboten kann vor allem die positive Zuwendung nur noch schwer zu entdecken sein. Ein Patient beschwert sich bei seinem Hausarzt über mein langes Verweilen bei der Biografie. Sein positives Anliegen kann sein, einen aktiven Therapieprozess in Gang zu setzen. Ein anderer Patient attackiert mich, weil ich ihm vorschlage, sich gesundschreiben zu lassen. Er will vor diesem Schritt erst einmal das Gefühl bekommen, sich von mir versorgt und geschützt fühlen zu können. Eine Patientin berichtet aufgebracht, wie sie zu Unrecht von ihrem Vorgesetzten gemäßregelt wurde. Sie will meine Bestätigung ihrer Sichtweise und meine Parteinahme für sie. Ein Patient erwähnt, dass er in seiner Abteilung Monatsbester war. Er will sich ein großes Lob auch vom Therapeuten holen. Oder eine Patientin ist ratlos, wie sie die Einladung zum Abendessen bewältigen soll. Durch ihren Ausdruck von Inkompetenz will sie mich motivieren, ihr kompetenter Helfer und Ratgeber zu sein.

12. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot vermeiden will?

Es ist spannend, die unzähligen Vermeidungen im Interaktionsverhalten des Patienten zu entdecken. Das viele Reden soll oft verhindern, dass der Therapeut den aktiven Part übernimmt und den weiteren Ablauf steuert. Ganz lieb sein soll auch mich ganz lieb machen und Strenge verhindern. Charmante Gesprächsaufnahme soll vielleicht mein Weggehen verhindern. Das Hervorkehren seiner Schwächen soll eventuell verhindern, dass ich neidisch mit dem Patienten rivalisiere. Eine verbindliche Art verhindert Gegnerschaft. Auch ein grob bissiges Verhalten soll mich von einer verletzenden Attacke abhalten. Sehr freundliches Verhalten will verhindern, dass ich unfreundlich werde. Sehr taktvolles Benehmen soll mich in den Grenzen des Taktgefühls halten. Betont intim-vertrauliches Sprechen soll

mich abhalten, ungeschützte Öffentlichkeit herzustellen. Vernunftbetonte Kommunikation will verhindern, dass es zwischen uns zu emotional wird. Einsilbig-langweilendes Erzählen hält den Zuhörer davon ab, durch emotionale Beteiligung zu nahekommen. Die beispielhaft genannten Vermeidungstendenzen können das Motiv der betreffenden Verhaltensweisen sein. Im Einzelfall können sie aber ganz andere Intentionen haben.

13. Kann ich die Beziehung so gestalten, dass weder ein pathogenes Beziehungsmuster aus der Biographie des Patienten wiederholt noch forciert deren Gegenteil produziert wird?

Meist folgen wir unwillkürlich dem unbewussten Auftrag des Patienten. Dieser besteht häufig darin, so zu sein, wie der frustrierende Elternteil früher war. Also verhalten wir uns ebenso bestimmend oder vernachlässigend, kontrollierend oder ignorierend wie dieser. Manchmal kommt aber auch die Botschaft bei uns an: „Mich darfst du nicht überfordern!“ oder „Verletze mich nicht!“. Also ertappen wir uns dabei, einen Patienten mit Samthandschuhen anzufassen, weil er ja so Schlimmes erlebt hat. Ob ich nun unreflektiert meinen Gegenübertragungsgedanken folge und in die Fußstapfen des wichtigen Elternteils trete oder ob ich betont das Gegenteil tue, ich bin unfrei in meiner Beziehungsgestaltung. Wie gelingt es mir also, mich aus dieser Beziehungskonstruktion herauszulösen? Was ist die befreiende dritte Alternative? Thematisieren und Verhandeln hilft, den richtigen Weg zu finden. So kann zunächst das Bedürfnis nach Schonung validiert werden. Dann können die Ressourcen des Patienten mobilisiert werden, die ihm Kraft geben, sich selbst zu schützen. Bleibt dann noch Schutzbedürftigkeit übrig, so kann der Therapeut sich bereit erklären, diesen Teil vorläufig und zugleich zuverlässig zu übernehmen.

14. Kann ich eine Prognose stellen über den zu erwartenden Beziehungstest?

Bei den meisten Patienten laufen wir nicht Gefahr, in eine beziehungszerstörende Falle zu geraten. Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder emotionalen Entwicklungsdefiziten (Frühstörungen bzw. strukturelle Defizite im Sinne der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie) neigen jedoch dazu, ihr destruktives Kindheitstrauma auch in der therapeutischen Beziehung zu wiederholen. Weiss und Sampson (1986) nannten diese als Wiederholungszwang auftretende Reinszenierung Beziehungstest. Die Psychoanalyse erklärt diesen durch den Vorgang der projektiven Identifizierung (z. B. Slipp, 1973). Am eindrücklichsten müssen wir dies mit Borderline-Patientinnen erfahren. Die zentrale Beziehungsangst des Patienten weist auf die Bedrohung hin, auf die der Beziehungstest hinsteuert. Der Patient konstruiert einen dysfunktionalen repetitiven Interaktions- und Beziehungstereotyp, der den Therapeuten immer mehr in eine Rolle einbindet, die extrem frustrierend oder gar retraumatisierend auf den Patienten wirkt. So kann sich ein sehr geduldiger und skrupulöser Therapeut monatelang mit Schuldgefühlen und Angst um das Leben seines suizidalen Patienten quälen, bis er es schließlich nicht mehr aushält und sagt: „Dann bringen Sie sich eben um!“ Endlich ist es ausgesprochen – der Patient war schon lange überzeugt, dass der Therapeut so einer ist.

15. Habe ich eine Intervention vorbereitet, die den Beziehungstest nutzen kann, so dass eine korrigierende emotionale Erfahrung erfolgt?

Der Therapeut tritt sehenden Auges in die Falle. Ihm ist bewusst, auf was es bei dem Patienten ankommt, und genau der Fehler, der nicht hätte sein dürfen, passiert. Er weiß, welche Bedeutung für eine Patientin seine Zuverlässigkeit hat. Er bemüht sich sehr um sie. Er gibt ihr ausnahmsweise noch einen Termin nach der normalen Sprechstundenzeit. Und er vergisst diesen Termin, ob wohl er am Morgen noch daran gedacht hatte. Beides geschieht höchst selten, der Ausnahmetermin und das Vergessen eines Termins. Warum gerade bei dieser Patientin? Die Psychoanalytiker nennen den Vorgang projektive Identifizierung. Zumindest ist es eine Fehlleistung, die wohl überzufällig häufig dann passiert, wenn man besonders darauf achten wollte, dass es nicht geschieht. Idealerweise hat der Therapeut dann seinen „Notfallkoffer“ gut bestückt, um das Richtige tun zu können. Es gilt, sich der maßlosen Wut des zutiefst gekränkten Narzissten zu stellen, denn man hat ja die Kränkung tatsächlich verursacht. Seine Wut muss validiert werden, und sie muss wirksam sein, nicht im ursprünglich destruktiven Sinne, sondern indem sie eine sehr spürbare Wirkung auf den Therapeuten hat, wie dessen Betroffenheit zeigt, wie wenig dieser sich mithilfe seiner Psychointerpretationen rechtfertigt oder gar dem Patienten seine Charakterpathologie spiegelt. Es ist geschehen, der Therapeut hat Schaden angerichtet, er ist sehr betroffen angesichts dieses Schadens, und er sagt sehr deutlich, dass es sein Fehler war. Er bespricht mit dem Patienten, wie er künftig diesen Fehler verhindern kann, und bittet ihn darum, ihm dabei zu helfen.

16. Fördert die therapeutische Beziehung ausreichend die Veränderungsmotivation des Patienten?

Alle bisher betrachteten Aspekte der therapeutischen Beziehung münden in den Prozess der Förderung oder der Hemmung von Veränderung und persönlicher Entwicklung des Patienten. Betrachtet man die Akzeptanz des Selbst und des Istzustandes als notwendige Voraussetzung für weitreichende und stabile Veränderungen, so hat der Therapeut damit auch einen Gradmesser für genügende Förderung der Veränderungsmotivation. Um Selbstakzeptanz zu erreichen, ist wiederum eine Beziehung notwendig, die die zentralen Bedürfnisse des Patienten befriedigt. Bedingungslose Bedürfnisbefriedigung ist Ausdruck der Akzeptanz, und damit ist der Therapeut Modell für diesen basalen Prozess. Aber auch die Reduktion der zentralen Ängste durch die therapeutische Beziehung lassen ihn Veränderungen wagemutiger anpacken. Wenn die Patient-Therapeut-Beziehung zudem Raum für den Ausdruck von Wut auf die Verursacher und Auslöser seines Missgeschicks gegeben hat und diese nicht mehr als Hindernis im Wege steht, weil sie noch nach Vergeltung schreit, hat die therapeutische Beziehung den dritten Teil ihrer wegbereitenden Aufgabe ebenfalls erfüllt. Sie hilft damit, die Ressourcen des Patienten freizulegen und für die anstehenden Veränderungsschritte zu utilisieren.

17. Ist die Therapiebeziehung ausreichend stützend/fördernd?

Stützen ist da erforderlich, wo der Patient aus eigener Kraft eine Erfahrung nicht emotional bewältigen kann, Fördern bezieht sich mehr auf seine handelnde Meisterschaft. Wenn es dem Patienten sehr schlecht geht, wenn er einen Misserfolg erlitten

hat, wenn er enttäuscht ist oder von jemand sehr unfair behandelt wurde, so ist die empathische oder sympathische Resonanz von Seiten des Therapeuten eine große Stütze. In welchem Ausmaß lasse ich den Patienten also die Last seines Problems und seiner Veränderungsbemühungen allein tragen und bin nur Kommentator und Lotse? Oder gebe ich ihm immer wieder das Gefühl, dass ich in der Not für ihn da bin und er emotionale Last bei mir abladen kann, um danach wieder gestärkt den Widrigkeiten seines Lebens trotzen zu können? Das rechte Maß an Stützung zu finden ist manchmal schwer, zu viel lässt vermehrt die Anlehnung suchen, zu wenig überanstrengt. Ähnlich ist es mit dem Fördern von veränderungsorientierten Aktivitäten des Patienten. Zu viel Fördern nimmt dem Patienten die eigene Arbeit ab, zu wenig bürdet ihm Aufgaben auf, denen er allein noch nicht gewachsen ist. Zu früh abverlangte Verselbständigung kann die therapeutische Beziehung überstrapazieren. Das Weggeschicktwerden, um etwas zu meistern, ohne Wegweisung und Proviant mitzubekommen, kann zentrale Beziehungsbedürfnisse über Gebühr frustrieren. Viele wollen nicht hinausgeschickt werden, sondern sie wollen zuerst ankommen und auftanken dürfen, und erst dann wieder gehen, wenn sie selbst den Wunsch dazu verspüren. Sie wollen Art und Zeitpunkt der ersten Veränderungsschritte selbst bestimmen. „Machen Sie mal“ ist für sie zu direktiv. Erörtern, welcher Schritt dran ist, ob die Ressourcen reichen, welche Folgen Niederlagen hätten, wie denen begegnet werden könnte. Sich sammeln, Mut fassen, um dann den Schritt zu wagen, ist für sie ein innerer Prozess, den der Therapeut zwar stützend und fördernd begleiten kann, ohne aber den emotionalen und zeitlichen Takt des Patienten durch seine Direktiven zu stören.

18. Ist die Therapiebeziehung ausreichend konfrontierend/herausfordernd?

Eingelullt in eine verwöhnende Therapiebeziehung könnte mancher Patient lange Zeit verweilen, ohne die anstehenden therapeutischen Veränderungen anzupacken. Seine sehr starke Vermeidungstendenz sorgt dafür, dass er eventuell von sich aus zu lange eine entlastende Pause nehmen möchte. Hat aber ausreichend Befriedigung von zentralen Bedürfnissen stattgefunden, wurden zentrale Beziehungsgänge reduziert und ist damit die Therapiebeziehung so tragend geworden, dass die persönlichen und sozialen Ressourcen des Patienten verfügbar sind, kann er mit seinem Vermeiden und dessen Auswirkungen konfrontiert werden, um seine Sicht der Realität zu korrigieren, und er hat immer weniger Rechtfertigung, sich so wie bisher zu verhalten. Die Konfrontation kann durchaus so provokativ sein, dass den Patienten Schauder und Frösteln befallen. Oder mit Humor und Witz gewürzt, so dass die emotionale Bewegung durch das gemeinsame Lachen erfolgt. Die alte Weltsicht des Patienten kann so weitgehend falsifiziert werden, dass er verwirrt ist. Dies alles wird getragen durch die zuvor aufgebaute stabile therapeutische Beziehung. Herausfordern durch Verlocken, aber auch durch Widerspruch, durch Anstacheln des Ehrgeizes, aber auch durch Einladen, durch Wecken der Neugier, aber auch durch Nachweis bewährter Fähigkeiten. Ist eine deutliche emotionale Begleitreaktion bemerkbar, während der Patient seine Entscheidung trifft, so kann der Therapeut sicher sein, dass ein wirklich neuer Schritt erprobt wird.

19. Bietet die Therapiebeziehung ausreichend Nähe und Warmherzigkeit?

Geborgenheit, Wärme und Schutz sind in der Notsituation des Patienten, der durch Symptombildung in seiner Lebens- und Beziehungsgestaltung gescheitert ist, nicht selten zu Beginn der Therapie ein großes Bedürfnis. Ist der Therapeut in dieser Therapiephase kühl und sehr vernunftbezogen, wirkt er auf den Patienten wie ein ungeheizter Ofen. Es bleibt eine zu große Distanz, um sich vorübergehend anlehnen zu können, und es fehlt die Wärme, um sich öffnen zu können. Der Patient fühlt sich eher allein und bleibt in seinen Zugehörigkeits- und Bindungsbedürfnissen unbefriedigt. Also gehört es zu den „basic skills“ des Therapeuten (Kanfer, 2000), zeitweise einem Patienten das Ausmaß an Nähe anbieten zu können, ohne dass bei ihm eine Bearbeitung wichtiger emotionaler Probleme nicht möglich ist. Intime Selbstaussagen in einer distanzierten Beziehung wecken Schamgefühle, die signalisieren, dass das Intime nicht zu dieser „öffentlichen“ Beziehung passt. Ebenso kann der Patient Warmherzigkeit benötigen, die ihm hilft, sich auf schmerzliche Themen einzulassen. Denn die Beziehung heilt die aufgerissene Wunde schnell wieder. Nähe und Warmherzigkeit schaffen für nicht wenige Patienten die Bedingungen eines Biotops, die optimale Voraussetzung für gesundes Wachstum sind. Kein künstliches Gewächshaus, das zum maximalen Treiben anregt, sondern ein Zulassen und Verfügbarsein, das eigenen Antrieben des Patienten Raum gibt.

20. Bewahrt die Therapiebeziehung ausreichend Abstand und Professionalität

Kein Entweder-oder ist die Lösung beim Umgang mit Nähe und Distanz, mit authentischer Warmherzigkeit und Professionalität. Kein Mittelwert und kein Kompromiss sind die Lösung. Vielmehr muss beides Platz haben, eventuell sogar in derselben Therapiesitzung. Da kann zunächst ein nahes, einfühlsames Begleiten eines intensiven emotionalen Prozesses stattfinden, und es kann nach dessen Abschluss der Abstand wieder vergrößert werden. Da können ein warmherziges Begrüßen und Willkommenheißen die Therapiestunde eröffnen, die dem Patienten das Gefühl gibt, angenommen und gemocht zu werden. Und da kann etwas später auf einen Versuch des Patienten, die Beziehung privat werden zu lassen, ein professionelles Abgrenzen erfolgen. Das Jonglieren mit Nähe und Distanz, mit Warmherzigkeit und Professionalität kennzeichnet das Besondere und die Einmaligkeit der Patient-Therapeut-Beziehung im Vergleich zu anderen Beziehungen. Der Patient darf den Therapeuten nicht in sein psychosoziales System einbauen, sonst verliert dieser seine therapeutische Wirksamkeit. Der Therapeut muss sich trotz seines emotionalen Einlassens der Professionalität der Beziehung bewusst bleiben. Sonst läuft er Gefahr, eigene Bedürfnisse in der Beziehung zum Patienten zu befriedigen. Ist er sich seiner eigenen Beziehungsbedürfnisse bewusst, so kann er sich fragen, ob und inwieweit der Patient diese befriedigt. Oder wie befriedigend für ihn die Befriedigung der Bedürfnisse des Patienten ist.

21. Verändert sich die Therapiebeziehung gemäß der Entwicklung des Patienten?

Ein Patient, der zu Beginn der Therapie Wärme und Geborgenheit braucht, sucht später Verständnis dafür, dass er anders denkt und fühlt als der Therapeut, und braucht dessen Wertschätzung für seinen individuellen Umgang mit sich und seiner sozialen Umwelt. Er will endlich selbständig sein und selbst bestimmen, wie es mit

ihm weitergeht. Und dann braucht er schließlich den Therapeuten als Gegenüber, das sich ihm auf einer gleichberechtigten Ebene stellt. Die 14 von Sulz formulierten Beziehungs- und Selbstbedürfnisse (Sulz, 1994; Sulz & Tins, 2000) zeigen in ihrer Abfolge die typischen Entwicklungsschritte des Patienten, die einen jeweils anders interagierenden Therapeuten benötigen. Behält der Therapeut stattdessen seinen gewohnten und durchschnittlich bewährten Interaktions- und Beziehungstereotyp bei, so kann dies nicht entwicklungsfördernd sein. Sein Typus ist vielleicht in der Anfangsphase optimal oder erst in der zweiten Therapiehälfte. Aber er verschenkt die Chance, durch passende Begleitung die Entwicklung des Patienten zu fördern. Entwicklungsförderung heißt, die Bedürfnisse der jeweiligen Entwicklungsstufe zu befriedigen und die Fähigkeiten dieser Stufe herauszufordern. Geht der Patient auf die nächste Entwicklungsstufe zu, so sollte der Therapeut ihn in seinen bisherigen Bedürfnissen dosiert frustrieren und Anreiz schaffen für die Errungenschaften und neuen Freiheitsgrade der nächsthöheren Stufe.

Störungen in der therapeutischen Beziehung*

Die therapeutische Beziehung muss nicht nahtlos bedürfnisbefriedigend und harmonisch sein. Aber sie sollte jederzeit tragfähig bleiben. Wenn der Therapeut die Betrachtung des Beziehungsgeschehens vernachlässigt und auch nicht regelmäßig mit dem Patienten über die Beziehung spricht, kann aus einer natürlichen Störung in der Beziehung eine Störung der Beziehung entstehen, die der Therapie das Fundament entziehen kann. Natürliche Störungen in der Beziehung sind dagegen ein willkommener Anlass zur Entwicklung der Beziehungsfähigkeit des Patienten. Zugleich sind sie ein für den Therapeuten notwendiges Training seiner eigenen Beziehungsfähigkeit (Kowarowsky, 2005).

Wir können uns folgende Fragen zur Beziehungsstörung stellen: Wie erlebe ich den Patienten in der gegenwärtigen schwierigen Therapiesituation im Vergleich zu anderen Menschen? Welche Gefühle treten bei mir auf, zu welchen Handlungen oder Interaktionen tendiere ich? Was habe ich bisher (vielleicht, ohne es zu merken) getan, um diesen schwierigen Zustand zu korrigieren? Was habe ich getan, um die Beziehung in diesem Zustand aushalten zu können (evtl., um nichts ändern zu müssen)? Was habe ich nicht getan, obwohl es aus jetziger Sicht notwendig gewesen wäre? Wie wünsche ich mir gerade jetzt diese Beziehung? Was müsste dazu alles anders werden? Was müsste der Patient Konstruktives tun? Was müsste ich Konstruktives tun? Was bin ich bereit zu tun? Welcher Änderungsbeitrag meinerseits würde jetzt gleich eine spürbare Entlastung bringen? Dies gleichen Fragen kann sich auch der Patient stellen. Nach den Fragen kommen die gemeinsam zu treffenden Änderungsvereinbarungen. Es wird konkret erarbeitet, in welcher Situation wer von beiden ab jetzt wie reagieren wird. Und beide achten darauf, dass das Ergebnis dieses neuen Umgangs miteinander für beide das gewünschte Ergebnis bringt. Wenn nicht, wird weiter am Beziehungsproblem gearbeitet. Die Modellfunktion der therapeutischen Beziehung wird genutzt, indem einerseits das Sprechen über die Beziehung und andererseits das Problemgespräch geübt wird.

*verändert aus Sulz (2011): Das Therapiebuch III. München: CIP-Medien Seite 249-262)

Das Beziehungs-Problemgespräch zwischen Patient und Therapeut

Es geht bei diesem Gespräch nur zum Teil um die Lösung des aktuellen Problems. Das könnten wir auch kürzer und einfacher handhaben. Es geht vielmehr darum, gemeinsam mit dem Patienten den Umgang mit Beziehung und den Umgang mit Beziehungsproblemen zu üben. Und dies nicht nur einmal, sondern so oft, dass eine Beziehungskultur daraus geworden ist, der Patient umfassende Erfahrung mit einer konstruktiven Beziehungsgestaltung gewinnen konnte und dass er die Fähigkeit aufgebaut hat, selbst gestaltend die Beziehung zu steuern.

Die Beziehungs-Kampfstrategie ersetzen durch eine neue Beziehungsgestaltung

Hat sich seit Längerem (z. B. seit Monaten) eine Beziehungskonstellation eingestellt, die ein Gegeneinander geworden ist oder ein Tauziehen, so ist es hilfreich, die unbewussten Kampfstrategien zu entdecken. Beide fragen sich:

*Wogegen kämpfe ich an, wogegen sträube ich mich?
Welche Eigenschaften fehlen ihm/ibr?
Welche Verhaltensweisen vermisse ich?*

Fazit ist meist, dass ich darum kämpfte, dass er/sie endlich so wird, wie ich ihn/sie haben wollte und dass mein Kämpfen erfolglos war bzw. das Gegenteil erreichte. Erste Konsequenz kann für beide sein, den Entschluss zu fassen, eine „Waffenstillstands-erklärung“ abzugeben: *Bis zum Ende der Therapie werde ich nicht mehr gegen das mich störende Verhalten des anderen ankämpfen und nicht mehr fehlende Verhaltensweisen zu erzwingen versuchen (Akzeptanz statt Kampf).*

Es wird deutlich, dass das bewusste Betrachten automatisierter Interaktionsmuster auch in der therapeutischen Beziehung wertvolle Beziehungsarbeit möglich macht.

Alte Rollenspiele ersetzen durch Einnehmen neuer Rollen

Kanfer (1998) versucht, die Therapeutenrolle mit anderen beruflichen und zwischenmenschlichen Rollen zu vergleichen, und kommt zu dem Ergebnis, dass jede dieser bekannten Rollenverteilungen therapieabträgliche Merkmale aufweist. Wir stellen diesen Vergleich zu einem Zeitpunkt an, an dem eine Störung in der Beziehung festgestellt wurde. D.h., wir prüfen, in welche Rollenmuster die therapeutische Beziehung abgeglitten ist. Ist daraus eine Eltern-Kind-Beziehung geworden oder eine Seelsorger-„armer-Sünder“-Beziehung, eine Beziehung zwischen Opfer und Täter, zwischen Held und Angsthase, zwischen Altruist und Egoist?

Einmal identifiziert, können von Patient und Therapeut Änderungsentscheidungen getroffen werden. Statt Opfer bin ich jetzt Täter, zumindest werde ich mich so fühlen, wenn ich anfangs, mich zu wehren.

Alte Interaktionsmuster entdecken und durch neue ersetzen

Wir können davon ausgehen, dass bei einer anhaltenden Beziehungsstörung persönlichkeitspezifische Häufungen von konkret beobachtbaren Interaktionsmustern auftreten. Diese können als Überlebens- oder Kampfstrategien betrachtet werden. Das Interaktionskonzept von L. S. Benjamin (2001) gibt ein diagnostisches Instrument an die Hand, das sehr differenzierte Verhaltenskategorien aufweist. Folgt man ihrem Auswertungssystem, so ist eine komplexe Computerauswertung erforderlich. Man kann jedoch die Skalen als grobes Screening verwenden (Sulz, 2015), wie dies auch in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik geschieht (Arbeitskreis OPD, 1998, 2014). Sowohl der Patient als auch der Therapeut füllen die ersten beiden Skalen aus (Tab. 2). Die erste Skala spiegelt das aktive Beziehungs- und Interaktionsangebot wider (Tab. 2, Teil 1).

Anschließend wählen beide ihre häufigsten oder intensivsten Verhaltensweisen aus, z. B. 5 und 6. Dieses Vorgehen ist ein relativ grobes Screening im Vergleich zu der sophisticateden Computerauswertung von Benjamin (Tress, 2001; Tscheulin & Harms, 2001).

Der zweite Teil der Erfassung der interpersonellen Interaktionsmuster bezieht sich darauf, wie auf das Interaktionsangebot des anderen reagiert wird (Tab. 2, Teil 2).

Tabelle 2: Beziehungs- und Interaktionsmuster in wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen (Verändert nach L. S. Benjamin, 2001)

Teil 1: Die ersten 8 Interaktionsmuster sind aktive Beziehungsangebote an die andere Person, aus eigenen Motiven heraus. Sie bringen diese in die Position des Reagierenden, Antwortenden: „Ich mache etwas mit dem anderen.“ Beantworten Sie die Fragen vom Gefühl her. Das geht am besten, wenn Sie sich die jeweilige Person vorstellen, so dass Sie die gefühlsmäßige Beziehung zwischen Ihnen spüren können.

(1) So gingen wir bisher miteinander um (aktiver Modus)

0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem

	Ich machte das:	Person machte das:
1. Dem anderen Freiheit gewähren	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
2. Den anderen bestätigen, verstehen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
3. Den anderen aktiv lieben, umsorgen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
4. Dem anderen helfen, ihn beschützen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
5. Den anderen kontrollieren, beaufsichtigen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
6. Den anderen beschuldigen, herabsetzen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
7. Den anderen angreifen, ablehnen, zurückweisen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
8. Den anderen ignorieren, vernachlässigen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

Teil 2: Die folgenden 8 Interaktionsmuster sind Reaktionen auf das Verhalten der Bezugsperson, Antworten auf dessen Interaktionsangebot. „Ich reagiere auf das, was der andere mit mir macht.“ Beantworten Sie die Fragen vom Gefühl her. Das geht am besten, wenn Sie sich die jeweilige Person vorstellen, so dass Sie die gefühlsmäßige Beziehung zwischen Ihnen spüren können.

(2) So gingen wir bisher miteinander um. (reaktiver Modus)

0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = wenig, 3 = mittel, 4 = sehr, 5 = extrem

	Ich machte das:	Person machte das:
9. Sich vom anderen unabhängig machen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
10. Sich dem anderen öffnen, offenbaren	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
11. Sich vom anderen lieben lassen, genießen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
12. Dem anderen vertrauen, sich auf ihn verlassen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
13. Dem anderen nachgeben, sich ihm unterwerfen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
14. Schmollen, den anderen beschwichtigen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
15. Sich zurückziehen, protestieren	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
16. Zumachen, dem anderen ausweichen	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

Dabei wird für jedes der sechzehn Interaktionsmuster beurteilt, ob man selbst oder/und der andere es auffallend häufig oder intensiv anwenden. Ergebnis sind je Person acht Transaktionsstrategien, vier die das eigene Verhalten charakterisieren und vier, die dasjenige der anderen Person beschreiben. Da Selbst- und Fremdwahrnehmung oft auseinanderklaffen, ergibt der Vergleich der Ergebnisse Widersprüche, die durch eine gemeinsame Interaktionsanalyse z. B. durch das Auffinden von Projektionen (dem anderen wird etwas zugeschrieben, das man von sich selbst kennt) oder das Erkennen von Verleugern bzw. einfachem Nichtwahrnehmen eigener Muster erklärbar werden.

Wichtig ist, dass auf den Patienten nicht unverhältnismäßig mehr dysfunktionale Interaktionsmuster und Bewertungen dergleichen attribuiert werden. Es sollte nicht Fazit sein, dass die Beziehungsstörung nur deswegen zustande kam, weil der Patient eine krankhafte soziale Wahrnehmung und pathologische Interaktionsmuster hat. Bezüglich der tatsächlich gefundenen dysfunktionalen Interaktionsmuster kann versucht werden zu klären, was sie schädlich macht und durch welche Reaktionen sie ersetzt werden können. Ein Rollenspiel zu einer Beispielsituation hilft, den größeren Nutzen des neuen Verhaltens zu bewerten. Für die nächsten zehn Situationen kann beobachtet und z. B. durch Strichliste festgehalten werden, wie oft noch das alte und wie oft das neue Interaktionsmuster auftritt. Trat das neue achtmal von zehn auf, so gilt die Änderung als gelungen.

Motivationale Klärung dysfunktionaler Interaktions- und Beziehungsmuster

Um die Herkunft der Beziehungsstörung und der dysfunktionalen Interaktionsmuster zu verstehen, kann eine Motivationsanalyse durchgeführt werden. Wenn die hierzu verwen-

deten Variablen bereits in der diagnostischen Phase der Therapie für den Patienten erfasst wurden, ist dies nicht zeitaufwendig (Sulz, 2015). Um das Ergebnis für den Therapeuten vorhersehbar werden zu lassen, empfiehlt es sich, Imaginations- und Wahrnehmungsübungen zwischen den Therapiesitzungen durchzuführen, d.h., der Therapeut beantwortet für sich die Fragen so offen, wie er nur kann. So entsteht für ihn eine Selbsterfahrung, die ihm Aufschluss gibt über seinen Beitrag zur Entstehung der Beziehungsstörung. In den folgenden Therapiestunden versucht er, die gemeinsame Problemanalyse so zu gestalten, dass keine zu große Asymmetrie entsteht. Der Patient sollte sich gleichberechtigt und gleichwertig fühlen, nur dann kann die therapeutische Beziehung und der Umgang mit dieser Beziehung Modellfunktion haben. Der Therapeut offenbart aber nur den Teil seiner Psyche, der für das Verständnis der Entstehung der Beziehungsstörung notwendig ist (vgl. McCullough, 2007; siehe auch Sulz, 2007). Er kann Fehler eingestehen, er kann Gefühle aussprechen, er kann sagen, dass er ein Verhalten des Patienten ganz anders interpretiert hat, als es von diesem gemeint war. Der Patient muss sich dann nicht um der Beziehung willen selbst die Schuld geben oder sich selbst für unfähig erklären, wie er das in seinen bisherigen Beziehungen zu oft getan hat. Der Therapeut kann sich als Mensch zu erkennen geben, der in seiner Position als Therapeut Bedürfnisse, Befürchtungen und Gefühle hat, die wahrzunehmen und zu berücksichtigen zur wachsenden Beziehungskompetenz des Patienten gehören. Art und Ausmaß der motivationalen Klärung müssen auf den Entwicklungsstand der Therapie und den Stand der emotionalen Entwicklung des Patienten abgestimmt sein, ebenso wie die Selbstoffenbarungen der Eltern beim Kindergartenkind anders sind als beim Schulkind und als beim Jugendlichen. Wenn Selbstoffenbarungen des Therapeuten die Hoffnung auf die Wirkung der Therapie noch mehr schmälern als die zu behobende Beziehungsstörung, so war die Beziehungsarbeit nicht nützlich. Wenn die Selbstoffenbarung des Therapeuten dem Patienten die Möglichkeit nimmt, von nun an die therapeutische Beziehung zur Befriedigung zentraler Bedürfnisse zu nutzen, so demontiert sie deren Tragfähigkeit und nimmt dem Patienten wichtige Ressourcen. Andererseits kann der Patient seine soziale Wahrnehmung nur dann verbessern, wenn er durch Selbstoffenbarung des Therapeuten verstehen lernt, aus welchen Beweggründen heraus dieser ihm gegenüber so gehandelt hat. Hier sei auch auf die Vorschläge von Linehan (1996a,b) zum Umgang mit Beziehungsstörungen bei Borderline-Patienten verwiesen. Borderline-Therapie besteht ja aus dem Management permanenter Beziehungsstörungen.

Selbst wenn der Therapeut das dringende Bedürfnis hat, die Beziehung zu korrigieren, nachdem er Einblick in die Beziehungsphantasie des Patienten erhalten hat, muss er stattdessen zunächst den Patienten in seiner Wahrnehmung und seinen Gefühlen validieren (Linehan 1996a,b). Der Patient kam mit einer Beziehungswunde zur Therapie. Der Therapeut stellt nun fest, dass diese Wunde falsch zusammengewachsen ist und will sie wieder aufreißen. Das Ergebnis ist, dass wieder eine Beziehungswunde entsteht. Er wiederholt das Trauma des Patienten. Aufgabe der Beziehungsklärung ist nicht die rasche Desillusionierung des Patienten. Es reicht, wenn der Therapeut dosiert neue Beziehungserfahrungen vermittelt, die wie der stete Tropfen den Stein aushöhlen.

Sofern erforderlich, folgen anschließend Übungen zu den zentralen Bedürfnissen, Ängsten und zur zentralen Wut in der therapeutischen Beziehung (Sulz, 2009, 2011a, 2011b). Gerade der Wut in der **Beziehung** muss anlässlich der vorausgegangenen Störung in

der Beziehung Raum gegeben werden. Ungeachtet der eventuell irrationalen Herkunft der Wut, muss der Therapeut diese würdigen und schätzen. Der Patient hat ein Recht auf seine Wut, und er hat Recht mit dieser Wut. Die Validierung der Wut ist zwingend notwendig. Die Vernunft des Therapeuten ist oft sein Mittel, seine eigene Angst vor der Wut zu vermeiden. Wenn wir mit dem Patienten in seine innere Welt hineingehen, so können wir nicht anders, als seine Wut zur richtigsten und wichtigsten Reaktion in diesem Moment zu erklären. Imagination des anderen und dessen frustrierenden Verhaltens hilft, die Wut zu spüren.

Je weniger ängstlich wir sind und je weniger verletzbar wir dem Patienten erscheinen, umso eher darf er seine Wut spüren, umso weniger muss er diese mithilfe von Schuldgefühlen in Schach halten. Wir ermutigen ihn, die Wut zu spüren, ihr Ausmaß wahrzunehmen und den Impuls zu registrieren, der aus der Wut heraus entstehen will. Wir sprechen auch diesem Handlungsimpuls seine Daseinsberechtigung zu, auch wenn er unmäßig heftig erscheint. Wir geben dem Patienten das Selbstgefühl, dass er und wir uns darauf verlassen können, dass ein Impuls nicht automatisch zur Handlung wird bzw. dass ein Impuls legitim über eine Wutphantasie abgeführt werden kann und diese Phantasie für die Psyche gesünder ist als die Unterdrückung der Wut und des Impulses und dass er in der Lage ist, den angenommenen Ärger sprachlich in die Interaktion zu bringen.

Die **Beziehungsbedürfnisse** des Patienten dem Therapeuten gegenüber werden ebenso wenig infrage gestellt. Er hat sie und er hat ein Recht darauf, sie zu haben. Also werden auch sie validiert. Mit geschlossenen Augen sich wahrnehmend wird gespürt, welches der Bedürfnisse zutrifft. Wie er dem Therapeuten gegenüber mit seinen Bedürfnissen umgeht, wird dagegen Thema eines eventuellen Änderungsvorhabens als Bestandteil der Behebung der Beziehungsstörung sein.

Der Therapeut wird nicht so umfassend alle zentralen Bedürfnisse des Patienten befriedigen, damit dieser sich nicht mehr an seine wichtigen Bezugspersonen wenden muss. Er wird existierenden Beziehungen keine Energie entziehen, sondern er wird es fördern, dass der Patient funktionale Umgangsweisen mit seinen Bedürfnissen, die er in der therapeutischen Beziehung erprobt hat, auf seine realen Beziehungen überträgt. Im Sinne der Entwicklungsförderung ist zur Zeit des Übergangs von einer Entwicklungsstufe zur nächsten die dosierte Frustration der zur alten Stufe gehörigen Bedürfnisse ein Anreiz, sich auf die neue Stufe zu begeben.

Von größter Bedeutung sind die **Beziehungsängste** des Patienten. Die eingetretene Beziehungsstörung ist Ausdruck der zentralen Angst des Patienten. In deren Vorfeld haben dysfunktionale Interaktionsmuster vergeblich versucht, die Angst des Patienten zu reduzieren, und auf dem Höhepunkt der Beziehungsstörung hat sie auch ihr Maximum erreicht. D. h., sie hat maximale Wirkung auf Erleben und Verhalten des Patienten, auch wenn sie ihm nicht bewusst ist. Eine Imaginationsübung hilft, sie wahrzunehmen.

Wieder wird der Patient in seiner zentralen Angst validiert. Sein Umgang mit dieser Angst wird untersucht und modifiziert. Ziel ist, dass er den Vermeidungsaspekt zahlreicher Transaktionen erkennen lernt und entscheiden kann, wann er auf die eine oder andere verzichten kann, um so zu lernen, auf eine für ihn und die Beziehung hilfreiche Weise mit seiner Angst umzugehen.

Die Beziehungsstörung mobilisiert vermehrt die **dysfunktionalen Persönlichkeitszüge in der Beziehung**. Da ihr manifestes Auftreten in diesem Moment so prominent ist, ist es eine gute Gelegenheit zur Selbstwahrnehmung bezüglich dieser automatischen Reaktions Tendenzen als einem ersten Schritt einer selbstkontrollierten Veränderung. Der Patient hat ja schon die Persönlichkeitsskalen zu Beginn der Therapie ausgefüllt. Noch einmal die angekreuzten Erlebens- und Verhaltensweisen durchlesend, kann nachgespürt werden, in welchem Ausmaß diese auch in der therapeutischen Beziehung auftraten.

Auch die **Stufe der Beziehungsentwicklung** des Patienten ist während der Beziehungsstörung viel konturierter wahrnehmbar. Je schwieriger die Situation, umso deutlicher bewegt sich der Patient auf dieser Stufe, umso weniger kann er auf gelernte differenziertere Verhaltensweisen zurückgreifen. Entsprechend ist es wichtig, dass der Therapeut ihm auf dieser Stufe validierend begegnet. Vielleicht kam die Störung zustande, weil der Therapeut den Entwicklungsstand des Patienten falsch eingeschätzt hat. Gerade Menschen, die zahlreiche kognitive und soziale Kompetenzen erlernt haben, werden leicht bezüglich ihrer emotionalen Entwicklung überschätzt. Da die Beziehungsstörung auch eine Überforderung des Therapeuten ist – zumindest hinsichtlich seiner Wahrnehmungsfähigkeit – und er deutlich emotional auf die Störung reagiert, kann er auch seinen eigenen Entwicklungsstand reflektieren.

Voraussetzung ist die Kenntnis der Entwicklungspsychologie Piagets (1976) und Kegans (1986). Vielleicht versteht der Therapeut sein unteroptimales Erleben und Verhalten aus der Begrenzung seiner Entwicklungsstufe. Dann gelten Veränderungsentscheidungen seinen eigenen Transaktionsmustern. Ohne mit dem Patienten seine eigene Entwicklungsstufe zu thematisieren, benennt er sein dysfunktionales Verhalten und bespricht mit ihm, welches Therapeutenverhalten förderlich für die Beziehung ist, die der Patient gerade braucht. Es geht hierbei nicht um ein schuld bewusstes Eingeständnis, einen vermeidbaren Kunstfehler begangen zu haben. Vielmehr ist die Therapie ein ständiges Aufschließen von Behältern und Kammern in der Psyche des Patienten. Der Therapeut hat einen großen Schlüsselbund (Therapieinterventionen), und wenn er mit einem falschen Schlüssel ein bestimmtes Schloss aufzuschließen versucht, dann ist das nicht falsch, sondern ein notwendiges Probieren, das jedes Mal mehr Wissen erzeugt.

Die Beziehungsstörung kann auch im Lichte der **Überlebensregel** in der therapeutischen Beziehung betrachtet werden. Wenn das Verhalten des Therapeuten die psychische Homöostase des Patienten erheblich stört, so beginnt dieser mit Anstrengungen, das emotionale Überleben in der therapeutischen Beziehung zu sichern. Der Therapeut misinterpretiert diese als gegen ihn oder gegen die Therapie gerichtete Manöver und steuert energisch dagegen. Dieses gefährdet die Homöostase des Patienten noch mehr, so dass dieser alarmiert mit äußerster Kraft den Transaktionen des Therapeuten entgegenwirken muss. Nun ist auch dessen psychische Homöostase gefährdet, er reagiert emotional und bestätigt damit die vom Patienten wahrgenommene Gefahr. Statt heftiger Kampfaktionen kann auch ein Stellungskrieg entstehen, der zum Verschanzen in der Sicherheit von Gräben und Bunkern führt, so dass nur noch wenig geschieht. Der Therapeut kann seine Überlebensregel und die des Patienten reflektieren:

Mein emotionales Überleben in der Beziehung sichere ich so:

*Nur wenn ich immer (mein 1. oder 2. Persönlichkeitszug)
und wenn ich niemals (mein primärer Impuls, z. B. Wut, mich zeigen)
bewahre ich mir (mein zentrales Bedürfnis)
und verbindere, dass (meine zentrale Angst) eintritt.*

Sein/Ihr emotionales Überleben in der Beziehung sichert er/sie so:

*Nur wenn er/sie immer (sein/ibr 1. oder 2. Persönlichkeitszug)
und wenn er/sie niemals (sein/ibr primärer Impuls, z. B. Wut)
bewahre er/sie sich (sein/ibr zentrales Bedürfnis)
und verhindert, dass (seine/ibre zentrale Angst) eintritt.*

Der Therapeut kann weiterhin die Disbalance erzeugende Wirkung beider Überlebensstrategien reflektieren:

*Ich reagiere als Therapeut meist so auf seine Überlebensstrategie:.....,
denn ich kämpfe gegen den Verlust von (seinem zentralen Bedürfnis)
und ich will verhindern, dass (seine zentrale Angst) eintritt.*

*Mein Patient reagiert meist so auf meine Überlebensstrategie:.....,
denn er kämpft gegen den Verlust von (seinem zentralen Bedürfnis)
und er will verhindern, dass (seine zentrale Angst) eintritt.*

Seine Strategie wird durch meine Gegenstrategie oft aufgehoben:

*Ich reagiere meist so auf seine/ibre Überlebensstrategie:,
denn ich kämpfe gegen den Verlust von (meinem zentralen Bedürfnis)
und will verhindern, dass (meine zentrale Angst) eintritt.*

Da eine Störung der Beziehung vorliegt, ist eine Kommunikation über die Auswirkungen dieser Homöostase-Bemühungen notwendig. Es wird versucht, dem Patienten seine Überlebensregel noch einmal (es ist ja früher schon in der Therapie geschehen) ins Bewusstsein zu rufen, die er einsetzt, um die Disbalance zu beheben, die durch das vorausgegangene Therapeutenverhalten entstanden ist.

Wenn es gelingt, den Patienten dazu zu bringen, seine eigenen Homöostase-Bemühungen bewusst wahrzunehmen und die Disbalance erzeugenden Wirkungen des Versuchs, Balance herzustellen, zu erkennen, hat die Störung in der Beziehung sehr viel zur Weiterentwicklung des Patienten beigetragen.

Mein Gleichgewicht herstellen, indem ich mein Gegenüber aus dem Gleichgewicht bringe.

Die affektive Bewertung dieser Selbsterkenntnis sollte wiederum in Selbstakzeptanz einmünden, die durch die Validierung des Therapeuten gefördert wird.

Auf der gegenseitigen Akzeptanz aufbauend,+ kann versucht werden, den künftigen Umgang mit Störungen zu verhandeln und konkret festzulegen, wie wer worauf zu reagieren versucht: *Mein Gleichgewicht herstellen, ohne dass ich mein Gegenüber aus dem Gleichgewicht bringe.*

Obige Ausführungen sollen auf keinen Fall in dem Sinne missverstanden werden, dass der Therapeut sich wie in einer Paartherapie auf einen Prozess der Selbsterfahrung in Anwesenheit des Patienten einlässt und seine persönlichen Motive als Privatperson

offenbart. Vielmehr bleibt er in dieser Beziehungsarbeit das professionelle Gegenüber und gibt als dieses klares Feedback über die Reaktionen, die der Patient auslöst – in der Art und in dem Umfang, wie dies eine therapeutisch wirksame Intervention erfordert (McCullough, 2007, 2012; siehe auch Sulz, 2007). Es ist eine schwierige Gratwanderung: Störung oder gar Krise in der therapeutischen Beziehung ruft im Therapeuten intensive Gefühle hervor, macht ihn rat- und hilflos. Er fühlt sich gar nicht mehr professionell. Das ist sein Empfinden in der Beziehungsstörung. Seine therapeutische Arbeit im Umgang mit dieser Störung muss beides integrieren – seine persönliche Betroffenheit und seine Professionalität.

Der absehbare Ertrag der Arbeit an der Beziehungsstörung lässt diese in einem neuen Licht erscheinen, sofern der Therapeut sich kompetent im Umgang mit dieser Störung fühlt. Die Störung verliert dadurch die Bedeutung einer Störung der Therapie. Sie wird vielmehr zu einer der wichtigsten Bereiche der therapeutischen Arbeit. Durch sie wird manchmal erst verständlich und erst bearbeitbar, was symptomauslösend und symptom-aufrechterhaltend war.

Literatur

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine. Its principles and application*. London: Allen & Unwin.
- Arbeitskreis OPD (1998). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD & Cierpka, M. (2014). *OPD 2 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: Prentic Hall.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Haper & Row.
- Benjamin, L.S. (2001). *Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien.
- Birbaumer, N. (Hrsg.). (1973). *Neuropsychologie der Angst*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Frankfurt: Fischer.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung*. Frankfurt: Fischer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fürstenau, P. (1994). *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie* (2. Aufl.). München: Pfeiffer.
- Fürstenau, P. (1998). *Esoterische Psychoanalyse, Exoterische Psychoanalyse und die Rolle des Therapeuten in der lösungsorientierten psychoanalytisch-systemischen kurz- und mittelfristigen Psychotherapie* (S. 85-100). München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). *Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316-337.
- Holland, J. & Skinner, F. (1971). *Analyse des Verhaltens*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G. & Villasenor, V.S. (1994). *Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical Applications*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 622-628.
- Jacob, G., Lieb, K. & Berger, M. (2009). *Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.

- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996, 2006): Selbstmanagementtherapie. (2. und 3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. (1977). Selbstmanagement-Methoden. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Hrsg.), Möglichkeiten der Verhaltensänderung (S. 350-406). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F.H. (1998). Selbstmanagementtherapie: Eine Zusammenstellung von grundlegenden Komponenten für Einzelklienten. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), Kurz-Psychotherapien: Wege in der Zukunft der Psychotherapie (S. 133-142). München: CIP-Medien.
- Kanfer, F.H. (2000). Self-Management Therapy: Orchestration of basic components for individual clients. *European Psychotherapy*, 1, 10-14.
- Kanfer, F.H. & Phillips J.S. (1970). *Learning Foundations of Behavior Therapy*. New York: Wiley.
- Kegan, R. (1986). Die Entwicklungsstufen des Selbst – Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt.
- Kiesler, D.J. (1983). The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Parker, C.R., Bolling, M.Y. & Kanter, J.W. (2000). Focusing on the client-therapist interaction. *Functional Psychotherapy: A behavioral approach*. *European Psychotherapy*, 1, 21-31.
- Kowarowsky, G. (2005). *Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Alltag*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, A. (1978). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Linehan, M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München, CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lutz, W., Kosfelder, J. & Joermann, J. (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Mahoney, M.J. (1977). *Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrationschritte*. München: Pfeiffer.
- Margraf, J. & Brengelmann, H. (Hrsg.). (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Rötters.
- McCullough, J.P. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- McCullough, J. P. (2012). *Therapeutische Beziehung und Behandlung chronischer Depressionen*. Berlin: Springer
- Meichenbaum, D. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sachse, R. & Schlebusch, P. (Hrsg.). (2006). *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*. Lengerich: Pabst.
- Sampson, H. & Weis, J. (1986). Testing hypotheses: the approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In L.S. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford.
- Skinner, B.F. (1974). *Die Funktion der Verstärkung in der Verhaltenswissenschaft*. München: Kindler.
- Slipp, S. (1973). The symbiotic survival pattern: A relational theory of schizophrenia. *Family Process*, 12, 377-398.

- Scholz, W. (1994). Die therapeutische Beziehung. In S.K.D Sulz (Hrsg.), Das Therapiebuch (S. 77-91). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1996). Als Sisypheus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009). Praxismanual: Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2007). Von Piaget zu McCulloughs CBASP – die Entwicklung sozialer Kompetenz und Empathie. In S.K.D. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie (S. 225-234). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2008). Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS. (Neuaufgabe als VDS Verhaltensdiagnostik-Materialmappe. Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage – Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011a). Therapiebuch III. Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Planung und Gestaltung der Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011b). Therapiebuch II. Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. E-Book. München: CIPMedien.
- Sulz, S.K.D. (2015). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Verhaltensanalyse – Zielanalyse – Therapieplan- Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Tins, A. (2000). Qualitative Analysis of needs in Childhood and the influence of frustration and satisfaction upon development of personality and psychic disorders. *European Psychotherapy*, 1, 81-98.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1979). Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Tress, W (Hrsg.). (2001). Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens – SASB. München: CIP-Medien.
- Tscheulin, D. & Harms, R. (2001). MakeMapWins – ein Programm zur Auswertung von L.S. Benjamins Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens SASB. Copyright University of Utah 2001. Bezugsquelle: München: CIP-Medien.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1979). Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. (2 ed.). Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.
- Weiss, J., Sampson, H. & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986): The psychoanalytic process: Theory clinical observation, and research. New York: Guilford.
- Wunderlich, G. (2002). Grenzen der Psychotherapie. Behandlungsziele und -erfolge realistisch einschätzen. Stuttgart: Kohlhammer
- Yates, A.J. (1970). Behavior therapy. New York: Wiley.
- Zimmer, D. (1983). Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. In D. Zimmer (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung (S. 82-97). Weinheim: Edition Psychologie.
- Zimmer, D. (2011). Therapeut-Patient-Beziehung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), Verhaltenstherapiemanual (7. Aufl.; S. 39-44). Berlin: Springer.
- Zimmer, D. (2013). Gesprächsführung und Beziehungsaufbau in der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendungsgebiete (S. 73-79). Stuttgart: Thieme.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz | Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
 Praxisadresse | Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | serge.sulz@ku-eichstaett.de