

Regina Sinderhauf

Wie sich Lachen und Weinen herzlich begegnen

Über die verhaltenstherapeutische Bearbeitung traumatischer Erlebnisse im Zusammenspiel von emotionalen, imaginativen, kognitiven, behavioralen und physiologischen Prozessen

If laughter and sadness meet each other warmly

Zusammenfassung

Als Verhaltenstherapeutin und Supervisorin stelle ich in diesem Artikel einige Aspekte heraus, die in der individualisierten Psychotherapie prozess- und erlebnisorientiert im Vordergrund stehen. Dazu gehört die Integration der dem Erleben zugrunde liegenden kognitiven, imaginativen, emotionalen, physiologischen und behavioralen Anteile. Hier geht es um das konkrete Zusammenwirken von persönlichen Ressourcen und traumatischem Erleben. Darüber hinaus wird die Bedeutung von kleinschrittiger, sich in die Persönlichkeit einfügender Emotionsarbeit reflektiert. Der Artikel findet seinen Abschluss mit der Darstellung von therapeutischer Beziehungsgestaltung und richtungweisender Grundhaltung. Ob der Begriff Verhaltenstherapie noch zur tatsächlichen Praxis passt, wird für zukünftige Diskussionen im Ansatz angedacht.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie – Ressourcenintegration – therapeutische Beziehung – emotionale Regulation – Körperwahrnehmung

Summary

As a behaviour therapist and supervisor I present several key aspects of individualized psychotherapy, both process- and experience-oriented, including the significance of integrating the fundamental experiences of cognitive, imaginative, emotional, physical and behavioural components.

This article focuses on the concrete interaction of personal resources and traumatic experiences. In addition, it reflects the importance of a step-by-step personality-focused emotional therapy.

It concludes with the illustration of how therapeutic relationships are formed and the presentation of guiding principles. Whether the term "behaviour therapy" still suits the current method of practice, may be a subject for future discussions.

Keywords

behaviour therapy – resource integration – therapeutic relationship – emotional regulation – self-perception

■ Einleitung

Die Bedeutung einer tragfähigen und produktiven Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient und die emotionale Kompetenz sind für einen Therapieerfolg unumstritten. Nicht nur Grawe (1992, 1998) erkannte die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient als bedeutsamen Wirkfaktor in der Psychotherapie.

1994 stellte Serge Sulz in seiner Strategischen Kurzzeittherapie die dysfunktionalen repetitiven Interaktions- und Beziehungstereotypen mit ihren möglichen Folgen für Symptombildung, emotionalen Regulationsstörungen und Defiziten in der Bedürfnisbefriedigung dar sowie deren Bedeutung für die therapeutische Beziehung. Marsha Linehan (1996) vereint in ihrem Dialektisch-Behavioralen Therapieansatz für Borderline-Patient(inn)en sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze, Gedanken aus der psychodynamischen Therapie als auch Ansätze aus der Bindungstheorie (Benjamin, 2001), um den Patienten eine gewisse

Nachreife zu ermöglichen und sich aus alten, dysfunktionalen Beziehungsstrukturen befreien zu können. In dem entwickelten Skillstraining soll der Patient Kompetenzen im Umgang mit unterregulierten Emotionen erwerben. Um diese Ziele erreichen und aufrechterhalten zu können, ist es für den Therapeuten einerseits notwendig, die Bedürfnisse des Patienten kontinuierlich wahrzunehmen und sie zielgerichtet – im Rahmen der Behandlung – in Grenzen zu befriedigen, zum anderen die Eigenregulation zu reflektieren und, wo immer möglich, zu fördern. Young (2005) geht hier von einem begrenzten Reparenting aus, das Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und krankmachenden Schemata und Bewältigungsmustern konkrete heilende Beziehungserfahrungen in der Behandlungssituation ermöglichen soll, neben der emotionalen Verarbeitung traumatischer Erfahrungen.

Es gibt immer mehr Untersuchungen, die sich besonders störungsspezifisch auch mit der Interaktionsgestaltung und den damit verbundenen Emotionen auf beiden Seiten auseinandersetzen. McCullough (2007) stellt bei chronisch depressi-

ven Patienten außer dysfunktionalen Denkmustern und Handlungsstrategien die maladaptive Kontaktgestaltung vor dem Hintergrund unzureichender Eltern-Kind-Beziehungserfahrungen in das Zentrum der Behandlung. Auch Elliott et al. (2008) arbeiten in ihrem prozess-, emotions- und erlebnisorientierten Ansatz die therapeutische Beziehung als eine personenzentrierte, direktive und explorative Basis für die heilende Entwicklung des Patienten heraus.

Erfahrungen aus dem therapeutischen Alltag zeigen, wie sehr das Erreichen der avisierten Therapieziele davon abhängt, ob wir als Therapeut(inn)en auf der Grundlage eines tragfähigen Arbeitsbündnisses den Patienten auf kognitiver, physiologischer und emotionaler Ebene dort erreichen, wo er sich gerade befindet, und ob wir ihn bis dahin fördern können, wohin er sich zu diesem Lebenszeitpunkt entwickeln kann und möchte, sei es nun auf der störungsspezifischen Ebene, auf der Ebene der interaktionellen Kompetenz oder auf der intrapsychischen Ebene im Umgang mit dysfunktionalen Beziehungsschemata und den damit einhergehenden Konflikten.

Wendisch (2000) beschreibt in seinem Ansatz die unterschiedlichen Aufgaben und Rollen des Therapeuten auf der Ebene der Symptombehandlung, bei der Ressourcenorientierung bezüglich der Beziehungsgestaltung mit Metakommunikation und dem Bestehen von interaktionellen Tests.

Sind die theoretischen Grundlagen längst erarbeitet, werde ich in meiner Arbeit als verhaltenstherapeutische Supervisorin von Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern doch immer wieder mit Unsicherheiten, Scheu und Ängsten, mit Vermeidungsverhalten, Konfluenz oder Überbetonung der kognitiven Ebene konfrontiert, wenn es um die konkrete Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung geht. Besonders in Therapien mit Menschen, die unter frühen Traumata leiden, die sich in intensiven unangenehmen Gefühlen und starken physiologischen Prozessen ausdrücken, entstehen Fragen wie:

- „Was soll ich als Therapeutin machen, wenn meine Patientin ganz verzweifelt weint?“
- „Was, wenn ich mitweinen muss?“
- „Was mache ich, wenn meine Patientin in Erinnerung an eine traumatische Situation ganz stark zu zittern anfängt oder sich gar nicht mehr bewegt?“
- „Müssen überhaupt die Emotionen aktiviert werden, oder reicht es nicht, sich kognitiv und ressourcenorientiert auseinanderzusetzen?“
- „Darf ich eine Patientin anfassen, wenn diese mit kindlichen Verletzungen konfrontiert ist?“

Darüber hinaus sehe ich in den zu korrigierenden Verhaltenstherapieanträgen unter dem Punkt Verhaltensanalyse, wie sich unsere jungen Kolleg(inn)en bemühen, die auslösende Situation und das Problemverhalten auf den vier Ebenen in einen Zusammenhang zu bringen. In der Therapieplanung hingegen stehen dann aber die Behandlungsansätze, besonders die auf die physiologischen Aspekte und die der Emotionsregulation bezogenen, unverbunden mit den unverarbeiteten Erfahrungen. Hier werden häufig Entspannungsverfahren genannt, die das allgemeine Anspannungsniveau reduzieren

sollen, Übungen, die z.B. assertive Fähigkeiten aufbauen helfen, oder soziales Kompetenztraining. In der Begleitung der Therapien zeigt sich dann, dass sehr wohl diverse Fähigkeiten aufgebaut wurden, aber die Bearbeitung der Kernproblematik nicht ausreichend stattgefunden hat, was nicht selten dazu führt, dass die betroffenen Menschen in traumatischen Situationen wieder instinktiv mit Über- oder Unterregulation, bezogen auf ihre Emotionen, und/oder auf der physiologischen Ebene reagieren.

Hier geht es im therapeutischen Alltag zum einen um traumatisierte Menschen, die an einem überaktivierten Nervensystem leiden, was sich in Panik, Wutattacken, Hypervigilanz, Manie und Schmerzen einerseits, in Depression, Abgestorbenheit, Erschöpfung und einem Gefühl von Unverbundenheit andererseits zeigen kann. Die Patienten befanden sich vor der Behandlung in Zuständen, in denen ihre Kompetenz nicht ausreichte, die Informationen in ihrer Komplexität aus der Umgebung zu verbinden, sie zu verstehen und sie in adäquate Reaktionen zu überführen. Die vorhandenen Ressourcen können nicht ausreichend genutzt werden, um das Nervensystem zu beruhigen und für das Gefühl der inneren Integrität zu sorgen, besonders in „Notzeiten“. Bei starker innerer Erregung kommt es immer wieder zu einer Kontraktion der Impulse bei erlebter Hilflosigkeit, die sich z. T. bis zur Erstarrung ausweitet (Totstellreflex), oder die Patienten haben es mit der Ausbildung von Emotionen zu tun, die eher unterreguliert und sekundär sind oder manipulativ anmuten. Zum anderen geht es um Menschen, die im Bestreben nach mehr Autonomie im Konflikt mit alten verletzenden Beziehungserfahrungen stagnieren, trotz Einsicht in persönliche Störungsmodelle. Sie leiden an einer Reinszenierung alter Beziehungserfahrungen, die wiederholt Enttäuschungen hervorbringen. Die mit dem Ablösungsprozess verbundenen Gefühle von Trauer und Wut werden vermieden und stattdessen alte Sehnsüchte aufrechterhalten. Diese Patienten leben gemäß ihrer Vergangenheit und haben sich von ihren primären Gefühlen so sehr distanziert, dass ihnen diese in der Gegenwart nicht bewusst sind oder sie keinen angemessenen Umgang finden. Sie leben häufig in einer Vorstellung, die mit unwirklichen Zielen verknüpft ist und ihre Verwirklichung so unmöglich macht. Die Bedürfnisbefriedigung wird außerhalb des Selbst gesucht, bei stark eingeschränktem Selbstausdruck und Störungen des flexiblen Kontaktprozesses.

In der Therapie stehen wir nun vor der Aufgabe, die Erfahrungen, die zu schnell, zu viel und unvorbereitet erlebt wurden, daher nicht integriert werden konnten und zu Stagnationen des individuellen Potentials führten, so zu transformieren, dass sie sich mit den Ressourcen verbinden und die Kompetenzen und die Einzigartigkeit des betroffenen Menschen wieder in ihrer Gänze zum Ausdruck kommen können.

Diese Arbeit erinnert mich an das mühsame Loslösen von über Jahre verkantetem Treibgut, das den freien Fluss behindert und zu Stauungen, Stromschnellen und unliebsamen Nebenarmen führen kann. Wie erfreulich ist es, nach vollbrachter Arbeit zu sehen, wie der Strom prächtig, flexibel und freifließend wieder durch verschiedenartige Landschaften mäandert.

Ziel dieses Artikels ist es, auf einige wesentliche Aspekte hinzuweisen, die in der Arbeit mit traumatisierten Menschen von Bedeutung sind, die mit Erlebnissen konfrontiert wurden, die sowohl emotional als auch physiologisch nicht abgeschlossen verarbeitet werden konnten. Darüber hinaus soll es um die konkrete Förderung der Emotionsregulation und Bedürfnisbefriedigungskompetenz gehen, mit der wir es nicht nur bei traumatisierten Patienten zu tun haben. Defizite im Aufbau dieser Kompetenzen und entsprechende Konflikte auf der Ebene der Kontaktgestaltung finden wir in der Regel bei Patienten mit psychosomatischen Störungen, mit Depressionen, mit Ängsten und Zwängen genauso vor wie bei der Arbeit mit strukturellen Persönlichkeitsstörungen. Hierbei sollen Erfahrungen aus meiner therapeutischen Arbeit dargestellt werden.

■ Behandlungsausschnitt 1: Exploration tiefer emotionaler Erfahrungen mit anschließender Lösungsentwicklung

Die 35-jährige Architektin und Mutter eines 10 Jahre alten Sohnes, die sich wegen einer depressiven Symptomatik, eines fehlenden Selbstwertgefühls und eines Hangs zu abhängigen Verhaltensstrukturen in verhaltenstherapeutische Behandlung begab, kommt in die 40. Therapiestunde.

In dem bisherigen Therapieabschnitt wurden diverse Kompetenzen im Umgang mit dem eigenen Selbstwert und dysfunktionalen Kognitionen aufgebaut. Die Patientin hatte gelernt, mutiger in die Auseinandersetzung zu gehen, und fühlte sich insgesamt erheblich autonomer im Kontakt mit anderen Menschen.

Bereits beim Eintreten wirkt die Patientin muskulär sehr gespannt bei gleichzeitig eingegengter Bewegungsfreiheit. Ihre Gesten wirken gesperrt. Die Gesichtsfarbe ist eher blass, der Händedruck ungerichtet und flüchtig, die Handfläche kühl und feucht. Ihre Atmung wirkt mühsam. Das Brustbein scheint zurückgezogen, ihr Kopf ist eher nach unten gebeugt, das Becken und die Schultern fallen nach vorn. Sie berichtet, und der Rapport ist deutlich von Schamgefühlen und hoher physiologischer Erregung gekennzeichnet, dass vor ein paar Tagen die Katze der Familie gestorben sei. Sie habe sie direkt nach Feststellung des Todes im Garten beerdigt und käme seither nicht mehr zur Ruhe. Bereits in der ersten Nacht nach Versterben der Katze habe sie nicht schlafen können und werde von dem Gedanken gequält, das Tier könne womöglich nicht gestorben sein und sei nun lebend begraben worden. Am nächsten Tag habe die Patientin überprüft, ob die Erde oberhalb des Grabes aufgeplatzt sei, was man auf Überlebenskämpfe hätte zurückführen können. Sie habe einen leichten Spalt wahrgenommen und sei in ihrer Verunsicherung verstärkt worden. Ihre Phantasien provozierten sie mit unerträglichen Bildern um das nackte Überleben. Wie unter Zwang sei sie an den nächsten Tagen mehrfach zum Grab gegangen und habe die Erde überprüft, was letztlich zu keiner Entlastung geführt habe. In ihrer Not habe sie dann am vierten Tag die Grabstelle wieder aufgegraben, um sich zu vergewissern, dass das Tier wirklich tot sei. Aber selbst jetzt – die Maden hatten bereits den Zersetzungsprozess in Gang gesetzt – könne sie nicht zur Ruhe kommen, wäre nervlich sehr angespannt, emotional hilflos.

In Anlehnung an bewährte Elemente aus der Traumabehandlung (Levin, 2007) lade ich die Patientin dazu ein, ihre Körperempfindungen wahrzunehmen und sie zu benennen.

Therapeutin:

Ich habe den Eindruck, dass während Sie berichten, in Ihnen körperlich viele Empfindungen spürbar sind. Mögen Sie sich einen Moment Zeit nehmen, um diese bewusst wahrzunehmen und mir von ihnen zu berichten?

Patientin:

Ich fühle Aufregung in mir, besonders in der Brust. Mir ist mulmig zumute. Ich fühle mich zittrig, ohne zu zittern.

Therapeutin:

Versuchen Sie, sich ganz Ihrer Aufregung zu widmen. Atmen Sie gut in Ihre Brust hinein, und nehmen Sie die Empfindung „mulmig“ bewusst wahr. Beschreiben Sie weiterhin, was Sie erleben.

Patientin:

Ich habe das Gefühl, als könne ich meine Arme und Beine nicht bewegen. Sie fühlen sich an, als wären sie nicht mit meinem Körper und Geist verbunden, wie leblos oder vielmehr in Kälte erstarrt. Gleichzeitig möchte ich nicht mehr in der emotionalen Situation sein.

Die Fokussierung auf die körperlichen Empfindungen führen zu einer deutlichen Wahrnehmung von Angst bei gleichzeitiger Bewegungslosigkeit. Die Patientin beschreibt sich wie in einer körperlichen Fixierung („vor Schreck erstarrt“). Die therapeutische Anleitung führt durch die bewusste Wahrnehmung der Erstarrung hin zu inneren Bildern der Patientin.

Therapeutin:

Können Sie mir sagen, mit welchem Thema diese Erstarrung und diese Angst, die Sie spüren, einhergeht?

Patientin:

Ich habe Angst. Ich habe Angst vor dem Tod. Noch mehr habe ich Angst davor, sterben zu müssen und mich nicht wehren zu können. Die Qual des Sterbens bewusst wahrzunehmen und nichts tun zu können.

In der therapeutischen Begegnung, geprägt von unaufgeregter, interessierter und wertschätzender Kontaktgestaltung, erinnert sich die Patientin an eine Situation aus ihrer Geschichte, die mit den aktuellen Erlebnissen in emotionaler und physiologischer Korrespondenz stehen.

Therapeutin:

Haben Sie sich in Ihrem Leben schon einmal so gefühlt? Gibt es innere Bilder, die Sie mit diesen Ängsten verbinden?

Als 10-Jährige sei sie Zeugin gewesen, wie ihre Mutter das krebserkrankte Meerschweinchen in die Toilette spülte, ohne wirklich sicher gewesen zu sein, dass das Tier schon tot war. Sie habe damals versucht, das Bild zu verdrängen. Während sich die Patientin an die damalige Situation erinnert, krümmt sich ihr Körper, sie zieht sich buchstäblich zusammen und fängt zu weinen an.

Therapeutin:

Wenn Sie Ihren Tränen nachgehen, wie fühlen Sie sich im Augenblick? Gibt es weitere Erinnerungen, die in Ihnen auftauchen?

Sie berichtet von Katzenbabys, die kurz nach der Geburt in einem Wassereimer einfach ertränkt wurden (die Patientin ist

auf dem Bauernhof großgeworden). Mutet das Weinen zunächst adäquat an und löst entlastende Phantasien bei der Therapeutin aus, wirkt die Patientin jedoch nach kurzer Zeit erneut wie gefangen. Die Atmung fließt nicht freischwingend, sondern ist in der Muskulatur verkrampft, der Prozess wirkt wie gegen die eigene Persönlichkeit gerichtet. Der Kontakt zur Therapeutin scheint abgerissen. Die tröstende Anteilnahme kommt nicht mehr bei der Patientin an. Mit Hilfe kleinschrittiger Validierung der körperlichen, emotionalen, kognitiven und imaginativen Prozesse wird deutlich, dass die kindliche Überlebensstrategie der Patientin zurückgezogenes, einsames Weinen war, wenn sie sich hilflos ausgeliefert fühlte.

Therapeutin:

Ich sehe Ihre Tränen. Sie wirken im Augenblick ganz in sich zusammengesunken? Das Weinen scheint keine Erleichterung mit sich zu bringen. Sie scheinen mir nicht mehr mit mir im Kontakt? Mögen Sie mir sagen, wo Sie gerade sind und wie es Ihnen geht?

Patientin:

Ich fühle mich wie damals, allein in meinem Zimmer. Ich liege unter der Decke und weine ganz leise in mich hinein. Ich weiß, dass mein Kummer niemand interessiert. Ich kann an der Situation eh nichts ändern. So läuft es nun einmal bei uns.

Meine Aufgabe als Therapeutin sehe ich jetzt darin, den Kummer und die Hilflosigkeit mit der Patientin zwar gemeinsam zu ertragen, aber an diesem Punkt der Verarbeitung nicht stehen zu bleiben, um retraumatisierende Hilflosigkeitserfahrungen zu verhindern. Stattdessen versuche ich die Patientin darin zu unterstützen, für sich eine neue Gestaltungsmöglichkeit zu finden.

Therapeutin:

Die Erlebnisse, an die Sie sich erinnern, müssen Ihnen als Kind grausam erschienen sein. Wenn ich da an meine 15-jährige Tochter denke, die hätte mir ganz schön was erzählt, wenn ich mit ihren Tieren so umgegangen wäre. Wenn Sie sich damals getraut und die Chance des Einflusses gehabt hätten, wie hätten Sie die Situationen gestaltet?

Das wiederholte Pendeln auf den verschiedenen Ebenen lässt die Patientin aus der Trauer auftauchen. Abgrenzung vom damaligen Geschehen ist jetzt das dringendste Bedürfnis der

Patientin:

Ich will so nicht mit Leben und Tod umgehen. Ich hätte die Katzenbabys verschenkt in meiner Klasse. Und mit dem Meerschweinchen wäre ich zum Tierarzt gegangen. Vielleicht hätte der etwas machen können, zumindest die Todesqualen nehmen.

Ihre Körperhaltung wird aufrecht. Das Brustbein richtet sich mehr auf, ihre Schultern senken sich nach hinten. Ihre Atmung wird gleichmäßig, die Gesichtsfärbung rosig. Ihre Augen fangen an zu strahlen, ihre Bewegungen werden lebendiger.

Therapeutin:

Nehmen Sie Ihren Körper noch einmal bewusst wahr. Wie geht es Ihnen im Augenblick? Wie fühlen Sie sich?

Patientin:

Die Vorstellungen, dem Leben und dem Sterben anders als meine Eltern begegnen zu können, lösen in mir Kraft aus. Auch so etwas wie Empörung und deutliche Abgrenzung. Vielleicht sogar ein wenig Verachtung. Wie kann man nur ...

Therapeutin:

Mögen Sie Ihrer Empörung mehr Ausdruck verleihen?

Patientin:

Ich finde das Verhalten meiner Eltern völlig daneben. Es ist Tierquälerei. Und zudem noch völlig unnötig. Schließlich gibt es den Tierarzt. Oder auch Tierheime für Katzenbabys.

Die Stimme der Patientin ist kraftvoll. Deutlich trägt Ärger den Rapport. Sie grenzt sich offensichtlich ab, fühlt sich nicht mehr hilflos ausgeliefert.

Gemeinsam sammeln wir Möglichkeiten, mit kranken, sterbenden und nicht erwünschten Tieren umzugehen. Für die gestorbene Katze plant die Patientin eine schöne Grabgestaltung und eine Zusammenstellung von Fotos, die an das Leben des Tieres erinnern sollen. Am Ende der Sitzung wünscht sich die Patientin, mich in den Arm zu nehmen, was ich ganzen Herzens zulasse. Sie drückt freudig ihre Dankbarkeit darüber aus, dass es uns beiden möglich war, diesen Prozess zu Ende zu führen. Auch ich danke ihr für ihren Mut, die Offenheit und die Bereitschaft, mich an ihrer Seele teilhaben zu lassen. Aufrecht und entspannt verlässt die Patientin die Praxis.

Wenn wir uns noch einmal den Prozess mit Hilfe der Grundgedanken von Levin (2007) verdeutlichen und sie mit dem emotiven Therapieansatz nach Elliott et al. (2008) verbinden: Im bisherigen Therapieverlauf hat sich ein tragfähiges und stabiles Arbeitsbündnis entwickelt. Die übergeordneten Ziele und die damit verbundenen Aufgaben in der Therapie waren erarbeitet und beiden bewusst (siehe dazu die Allgemeine Struktur der prozess-erlebensorientierten Aufgaben: Elliott et al., 2008, S. 101 ff.). Die Aktualisierung der Problematik und des Problemverhaltens mit hoher physiologischer und emotionaler Erregung ist Ausgangspunkt der beschriebenen Therapiestunde.

Schritt 1: Der Marker und die Aufgabe für die Patientin sind eindeutig. Es geht hier darum, nicht in die vertraute Starre zu verfallen, sondern Verhaltensalternativen in Abgrenzung zu den früheren Erfahrungen zu entwickeln.

Schritt 2: Die empathische Exploration auf den bekannten Ebenen hilft in diesem Fall, die bereits sehr hohe Aktivierung der emotionalen und physiologischen Prozesse auf ein bearbeitbares Maß zu reduzieren. Die intrapsychischen Erlebnisse können begrenzt, deren Inhalte kognitiv bearbeitet und der Erfahrungshintergrund beleuchtet und verstanden werden.

Schritt 3: Ziel der Exploration und Vertiefung ist hier, das Verhaltensrepertoire zu erweitern, aus der Starre herauszufinden, die Hilflosigkeit zu überwinden und Zugang zu den primären Gefühlen der Empörung und Abgrenzung zu erlangen.

Schritt 4: Zur partiellen Lösung gehört hier die Erarbeitung der eigenen Werte und zentralen Bedürfnisse im Umgang mit dem Leben. Die Patientin findet ihre Haltung, reale Alternativen zu dem Erlebten und konkrete Pläne für die aktuelle Situation.

Schritt 5: Noch über weitere Stunden spannt der sich der Prozess der Restrukturierung und Schemaveränderung, sowohl des Selbstbildes als auch des Umgangs mit den

Eltern. Das eher kindlich motivierte Verhalten entwickelt sich zu einem selbständigen, von eigenen Werten getragenen Gestalten.

■ Die (K)Gunst der kleinen Schritte

Die Momente, in denen sich Leid ausdrückt, es zu starker emotionaler oder physiologischer Entladung kommt, können beeindruckend, überwältigend oder gar Angst machen. In früheren Zeiten wurden in einigen Therapieschulen diese Momente für die Sternstunden der Behandlung gehalten. Heute wissen wir, dass diese Entladungen allein nicht die Heilung ausmachen, wenn sie manchmal auf dem Wege der Expansion auch notwendig und angemessen sein können, um die Stagnation des „Ich kann nicht“ aufzuheben und das innere Erleben von „Ich kann“ zu ermöglichen. Häufig laufen diese emotionalen Ausbrüche losgelöst vom ganzheitlichen Erleben ab, was nicht selten in eine Retraumatisierung, völlige Überforderung oder Desintegration mündet. Hier beobachten wir Psychotherapieprozesse, die gewaltig scheinen, aber letztlich nicht zu einer positiven Veränderung führen, sondern sogar schaden können.

Wichtiger ist es, stattdessen auch kleinsten Erfahrungen Bedeutung zu geben, sie wertzuschätzen, sie achtsam und bewusst wahrzunehmen, sie zu überprüfen, sie abzuwägen und je nach Passung in die Persönlichkeit mit aufnehmen zu lassen. Hier geht es für den Therapeuten nicht darum, sich anzustrengen oder schnell zu sein, sondern sich im Gegenteil Zeit zu lassen und die Erfahrung ganzheitlich zu sehen. Entwicklung findet Schritt für Schritt statt, manchmal in ganz kleinen Nuancen, die sowohl den Therapeuten wie auch den Patienten im Prozess ungeduldig machen oder Frustrationen auslösen können. Sie verläuft nicht linear, sondern kann Rückschritt und Stillstand beinhalten, was dann wiederum Entwicklungssprünge einleiten kann. Um ein Wachsen im individuellen Tempo und in einem verkraftbaren Maß zu ermöglichen, braucht es eine gute Zusammenarbeit zwischen den Stärken von heute und denen von morgen. In einer Pendelbewegung können wir dafür sorgen, dass die Patientin in die Lage versetzt wird, in ihrem Tempo ihre Kompetenzen und Dysfunktionen zu vereinen, um von der Kontraktion zur Expansion zu kommen, und zwar auf der körperlichen, auf der kognitiven und imaginativen, auf der emotionalen und auf der Verhaltensebene. Hier ist das Erlebnis von essentieller Bedeutung, wie körperliches Erleben, wahrnehmbare fließende Lebendigkeit, Kraft und Fähigkeiten in Kontakt treten mit Stagnation und Enge. Dabei kann die Patientin wahrnehmen, wie dieser Kontakt schließlich die Desintegration aufhebt und aus dem Gefühl der Ohnmacht Selbstbestimmung wird. Wir müssen in der Therapie dabei versuchen, die hohe Aktivierung des Nervensystems zu reduzieren. In Gedanken an den verengten Fluss, der unter Druck keine Flexibilität mehr zeigt, muss es hier darum gehen, die Aufmerksamkeit wieder auf alle Ebenen zu lenken und ein Zusammenspiel zu ermöglichen. In der Zusammenarbeit mit den vorhandenen Ressourcen sollen beruhigende, die Persönlichkeit stärkende Erfahrungen mit den Erinnerungen an Probleme, Gefahren oder traumatische Erlebnisse verbunden werden. In kleinsten

Schritten und mit differenzierter Wahrnehmung der kognitiven, emotionalen, behavioralen und physiologischen Prozesse im Hier und Jetzt sollen so losgelöste Anteile wieder in die Persönlichkeit integriert werden. Dies kann durch eine Neuorientierung, Erleben eigener flexibler Grenzen, Kompetenz in der physiologischen Selbstregulation, Erarbeitung der Primäremotionen mit den dazugehörigen Bedürfnissen und adäquaten Handlungsmustern geschehen.

■ Behandlungsausschnitt 2: Primäre Emotionen aktivieren und integrieren zum Aufbau von Kompetenzen in der Emotionsregulation und Bedürfnisbefriedigung

Die 31-jährige Sozialpädagogin kommt wegen starker Depression zur Behandlung. Eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur ist deutlich ausgeprägt. Sie beklagt ein inadäquates Verantwortungsgefühl der Mutter und der Schwester gegenüber und quälende Schuldgefühle, wenn sie es sich gut gehen lässt oder nicht genug für die beiden getan zu haben glaubt. Der Aufbau von positiven Aktivitäten und die kognitive Umstrukturierung der dysfunktionalen Gedanken bilden ein notwendiges Fundament für die Auseinandersetzung mit den bisher vermiedenen Primärgefühlen von Wut und Sehnsucht nach Abgrenzung. Wir befinden uns in der 50. Stunde. Die Auseinandersetzung mit der Schwester und der fehlenden Umstellungsfähigkeit der Patientin im Verhalten, trotz Einsicht in die Notwendigkeit, führt zu der Reflexion der Beziehung zur Mutter, die bereits im frühen Lebensalter der Patientin von Überverantwortlichkeit gekennzeichnet war. Die Mutter „sitzt“ auf dem leeren Stuhl, die Patientin ist mir zugewandt:

Patientin:

Ich finde es ist zu viel, was mir meine Mutter zugemutet hat. Sie hat mich mit ihren Problemen erdrückt.

Therapeutin:

Können Sie einmal versuchen, Ihrer Mutter direkt zu sagen, dass Sie sich erdrückt gefühlt haben?

Patientin:

Du erdrückst mich. Oder: Du verschlingst mich.

Beim ersten Satz wirkt die Patientin sehr zurückgehalten, beim zweiten etwas mehr aus sich herauskommend. Die Stimme ist deutlich fester.

Therapeutin:

Können Sie die beiden Sätze noch einmal wiederholen und dabei versuchen wahrzunehmen, wie die sich für Sie anfühlen. Mit welchen Empfindungen geht der Satz: „Du erdrückst mich“, einher? Mit welchen Empfindungen der Satz: „Du verschlingst mich“?

Patientin:

Beim ersten Satz fühle ich mich resigniert. Ich gebe auf. Ich atme nicht mehr, mache mich bewegungslos. Beim zweiten habe ich den Impuls, mich zu wehren.

Therapeutin:

Haben Sie daran Interesse, mit dem Impuls, sich wehren zu wollen, zu experimentieren? Wonach wäre Ihnen am ehesten bei dem Gedanken, sich wehren zu wollen?

Patientin:

Wenn ich mich trauen würde, würde ich sagen, wie ätzend ich das alles fand.

Therapeutin:

Trauen Sie sich jetzt!

Patientin:

Ich würde sie schütteln und ihr sagen: „Ich habe mich nie getraut, etwas für mich zu tun. Hatte ständig das Gefühl, deinen Erwartungen nicht zu entsprechen. Ich hatte den Eindruck, es sollte mir so schlecht wie dir gehen. Dass es mir nicht gut gehen dürfte. Du hast mich nicht unterstützt, Du hast mich gar nicht gesehen ...“

Die Vorwürfe gehen noch eine Weile weiter, die Patientin steht auf und „schüttelt“ die Mutter. Nach einer Pause erarbeiten wir die Unterschiede in der Befindlichkeit heraus. Anschließend überprüfen wir Möglichkeiten, diese Abgrenzungsimpulse in die Realität zu transferieren. Es braucht noch wenige Wochen, bis sich die Patientin traut, der Mutter tatsächlich eigene Wünsche zu präsentieren.

Anders als im Fallausschnitt 1 haben wir es hier nicht mit unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen zu tun, die aktualisiert mit hoher emotionaler und physiologischer Erregung gepaart sind, sondern mit Schwierigkeiten, bestimmte Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Die Verhaltenseinengung der Patientin hat sich hier nicht aus der Erstarrung heraus entwickelt, sondern aus der Resignation, sich gegen das Erdrücken der Mutter nicht wehren zu können. Das Erregungsniveau ist eher gering. Das Problemverhalten ist bisher nur kognitiv verstanden worden, aber die Verhaltensveränderung nicht bereit. Emotionale Schemata der Überverantwortlichkeit und Schuld hielten das inadäquate Verhalten aufrecht.

Schritt 1: Das Problemverhalten wurde mehrfach während der Therapie reflektiert, die Aufgabe der Patientin ist bewusst, die Bereitschaft zur beängstigenden Verhaltensveränderung ausreichend.

Schritt 2: Mit Hilfe der Leere-Stuhl-Arbeit geht es zunächst darum, die Problematik emotional zu aktivieren. Die Therapeutin hilft der Patientin aus der ohnmächtigen Resignation („Sie erdrückt mich“) heraus in die direkte Anklage („Du verschlingst mich“). Die Patientin erreicht einen emotionalen Zugang zu sich und mehr Verständnis für die eigene Befindlichkeit.

Schritt 3: Hier geht es darum, den Zugang zu den Primärgefühlen zu ermöglichen, zu vertiefen und alternative Verhaltensweisen zu erproben. Die Patientin erlaubt sich erstmals emotionale Empörung und Gedanken der Kritik. Es liegt ein mittleres emotionales Erregungsniveau vor. Die Patientin wirkt lebendig und kompetent, wenn auch vorsichtig im Umgang mit den neu erlebten Primäremotionen.

Schritt 4: Die Patientin nimmt ihren stärkeren emotionalen und motorischen Ausdruck wahr und genießt ihn ansatzweise, wenn er ihr auch noch fremd ist und ungeheuerlich erscheint. Mit positiver Selbstverstärkung gelingt es ihr im nächsten Schritt, die Veränderung in ihrem Alltag auszuprobieren.

Schritt 5: In der realen Auseinandersetzung mit ihrer Mutter kann sie eine deutliche Beziehungsveränderung in die Wege leiten. Das eingefahrene und früh erworbene Problemverhalten verändert sich in Richtung Autonomie

und Grenzsetzung. Die Schuldgefühle reduzieren sich. Die Patientin findet zu einer stärkeren Treue ihren eigenen Bedürfnissen gegenüber. Die altruistische Wertvorstellung findet ein gesünderes Maß.

Auf diesem durchaus komplexen Wege werden wir mit Stagnationen konfrontiert. Wie schade, dass wir im Rahmen des Qualitätsmanagements mehr oder weniger dazu gebracht werden, Stagnation negativ zu bewerten und unter Druck geraten, wenn ein Therapieprozess nicht dem Antrag gemäß quartalsweise Fortschritte vorweisen kann. Wie anders zeigt sich die therapeutische Arbeit, wenn wir Stagnationen interessiert und wertschätzend gegenüber treten, das heißt weder urteilen noch interpretieren. Stagnation ist zunächst eine schützende Persönlichkeitsleistung, auf eine Überforderung zu reagieren, ein Versuch, mit ihr umzugehen. Um eine Stagnation verstehen zu können, müssen erst Fragen beantwortet werden wie: Wie ist sie entstanden? Unter welchen Bedingungen? Wessen Dienst leistet sie? Welches Ziel verfolgt sie? Welche Aufgabe hat die Stagnation übernommen? Wie fühlt sie sich im Körper an? Wie verändert sie die physiologischen Vorgänge?

Mit dieser Haltung kann aus der stagnierenden Angst wieder Zuversicht und ein Gefühl von Handhabbarkeit entstehen. Mit derselben Sorgfalt, mit der wir den Kompetenzen, den Ressourcen und dem Leidvollen gegenüber treten, begegne ich auch der Stagnation. In ihrem Ursprung war sie einmal sehr wichtig. Wandlung kann sich vom Nicht-Spüren, von der rigiden Abgrenzung über die Ahnung, was möglich wäre, zum mutigen Experiment in neuen Freiheiten vollziehen, getragen von der Sehnsucht nach Heilung. Wandlung kann Trauer mit sich bringen, Wut und auch Freude. Schön, wenn es uns gelingt, mit gleichbleibender Aufmerksamkeit und aufrichtiger Auseinandersetzungsbereitschaft, in Korrespondenz mit dem Grundbedürfnis nach Wachstum dem Therapieprozess seinen Bewegungsraum zu geben.

Dies beinhaltet in jedem Fall auch prozessbegleitende Misserfolgskontrolle, die uns darin unterstützen sollte, zu unterscheiden, ob unsere Arbeit noch effektiv ist, ob der eingeschlagene Weg einer Korrektur bedarf oder ob wir gar die Behandlung beenden sollten. Auch eine gut reflektierte Therapieunterbrechung, ein Behandlerwechsel oder eine Therapiebeendigung kann ein erfolgreicher Schritt auf dem Weg der Heilung sein.

■ Freud und Leid vereint

Eine wesentliche Voraussetzung für die Integration von unverarbeiteten, schmerzhaften Erfahrungen sehe ich in der Betonung der angenehmen, der freudvollen Erlebnisse. Wie selten erleben wir in der Therapie Momente, in denen sich unsere Patient(inn)en mit Stolz über eine Fähigkeit ausdrücken, sich über ihre Stärken freuen oder neue Errungenschaften feiern. Wie selten wird von Herzen gelacht. Wie häufig begegnen wir der Überbetonung von Defiziten und Schwächen, wie oft der Geringschätzung der eigenen Einzigartigkeit gegenüber. Um diesem Missverhältnis entgegenzuwirken, bemühe ich mich von der ersten Stunde an, glücklichen Momenten genauso viel Raum zu geben wie den dunkleren.

Das differenzierte Wahrnehmen lässt sich auch in glücklichen Momenten üben. Über die Anleitung zur tieferen Atmung, das Erlauben von passenden Gedanken und Vorstellungen, das Wahrnehmen von korrespondierenden Gefühlen und physiologischen Prozessen und das Verfolgen von Handlungsimpulsen kann auf direkte Weise ein intrapsychisches Gleichgewicht verfolgt werden und die Pendelbewegung zwischen Leid und Freud erleichtern.

Pendelbewegungen zwischen Leid und Freud

Freude	<>	Schmerz
Mut	<>	Vermeidung
Lachen	<>	Weinen
Zuversicht	<>	Resignation
Tiefes Atmen	<>	Flaches Atmen
Stärke	<>	Schwäche
Stolz	<>	Geringschätzung

Auch hier ist es mir wichtig, den leisen Tönen Raum zu geben und ähnlich wie bei der Bearbeitung von tragischen Erlebnissen die physiologische Erregung auf einem mittleren Niveau zu halten. Ziel ist hier, maximalen Handlungsspielraum zu behalten und nicht zum Opfer seiner Impulsivität zu werden. Förderlich ist es, wenn es in der Therapie gelingt, Interesse und Aufmerksamkeit zu entwickeln, mit allen Potentialen in Berührung zu kommen und neben dem Schmerz auch die persönlichen Fähigkeiten anzunehmen, um weitere Entfaltung zu ermöglichen. Im Kontakt mit menschlichem Leid können Stimmungen der Resignation entstehen, verzweifelte Trauer mit Bildern davon, etwas unwiederbringlich verloren oder eine Erlebensmöglichkeit nie gehabt zu haben. Es kann zu der Auffassung kommen, die Verletzungen einfach ertragen zu müssen oder sie bestenfalls kompensieren zu können. Dies löst Gefühle von Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit, manchmal festhaltender Wut aus. Im Umgang mit traumatischen Erfahrungen bemühe ich mich darum, nicht das Drama zu fokussieren, wenn es auch wichtig ist, diesem einen gewissen Aufmerksamkeitsraum zu geben, sondern mich auf den Prozess der Expansion zu konzentrieren. Meine Kraft richte ich auf das Ziel der Integration, auf das Wiedergewinnen von Spielräumen. Ich gehe nicht davon aus, dass Türen für immer verschlossen bleiben müssen. Dabei liegt mein Hauptaugenmerk auf dem Wiedererlangen von Vertrauen im Hier und Jetzt, auf dem Erfahren von Vertrauen zu sich selbst, zum eigenen Organismus und zum Mitmenschen, wobei ich als Therapeutin ggf. zunächst die Rolle der Vertrauensperson einnehme. Mit dem Ziel vor Augen und der Wertschätzung des Weges zu diesem Ziel bewahre ich mir meinen Humor neben Sorgfalt, Achtung und Mitgefühl. Ein wärmendes Lächeln voll echter Freundlichkeit und menschlicher Anteilnahme kann das Dunkle ein wenig heller erscheinen lassen.

■ Therapieausschnitt 3: Intensivierung bestehender Ressourcen

Die 49-jährige Lehrerin kam mit psychosomatischen Beschwerden in die Behandlung, für die es keinen somatischen

Befund gab. Hintergrund der Symptome bildete ein unerbittliches Anspruchsniveau, ein Selbst, nur über Leistungen gespeist, und die Abwertung von regressiven Wünschen. Bedürfnisse nach liebevoller Unterstützung, nach Selbstlob und Selbstfürsorge wurden von der Patientin gnadenlos abgewertet. In der bisherigen Therapie wurden Stressoren herausgearbeitet, die Notwendigkeit zur Erfüllung regressiver Bedürfnisse eingesehen und kognitive Fehler korrigiert. In die 18. Stunde kommt die Patientin ohne Anliegen.

Patientin:

Ich habe heute kein akutes Problem zu bearbeiten und hatte schon überlegt, die Stunde abzusagen.

Therapeutin:

Schön, dass Sie trotz des akuten Problemmangels gekommen sind. Wir können die Stunde nutzen, um uns intensiver mit Ihrem heutigen Befinden zu beschäftigen, was offensichtlich nicht von unangenehmen Gefühlen geprägt ist. Schließlich sind alle Ihre Gefühle von Bedeutung, nicht nur die dunklen und unangenehmen.

Patientin:

Ja, ich fühle mich heute ganz gut.

Therapeutin:

Können Sie sich einen Moment Zeit nehmen, um dieses Gefühl von „ganz gut“ intensiver wahrzunehmen? Wo spüren Sie dieses Gefühl?

Patientin:

In meiner Brust. Ich habe ein weites Gefühl. Ich kann gut atmen. Ich fühle mich freier als sonst.

Therapeutin: *Ich möchte Sie dazu einladen, dieses Gefühl noch intensiver wahrzunehmen. Mögen Sie bewusst in Ihre Brust hineinatmen. Achten Sie darauf, ob Ihr Gefühl mit körperlichen Impulsen oder inneren Bildern einhergeht.*

Patientin:

Ich könnte die Welt umarmen.

Therapeutin:

Machen Sie es ruhig für einen Moment.

Die Patientin streckt die Arme aus, sie schließt die Augen. Ihre Atmung ist gleichmäßig, tief in den Bauch hinein. Sie wirkt ruhig und entspannt. Zufrieden. Sie lässt die Arme sinken und umfasst ihre Hände.

Therapeutin:

Ihre Arme haben sich gesenkt. Ihre Hände berühren sich. Umarmen Sie noch die Welt?

Patientin:

Nein, ich berühre mich zärtlich. Ich bin dankbar darüber, dass es mir gelungen ist, den Mut aufzubringen, über mich zu sprechen, zu mir zu stehen.

Es schließt sich ein Rückblick auf den Entwicklungsprozess an. Am Ende der Stunde leite ich die Patientin noch einmal an, die beiden Gesten der Weltumarmung und der Selbstberührung mit der Dankbarkeit zu wiederholen. Über die Körperbewegungen kommt es zur Wiederholung der Imaginationen und der Gefühle. Diese Verankerung ist später für die Patientin abrufbar, als es in ihrem Entwicklungsprozess wieder einmal dunkler wurde oder stagnierte.

Wieder lassen sich die einzelnen Schritte der prozess- und erlebnisorientierten Therapie markieren.

Schritt 1: Diesmal handelt es sich nicht um ein Problemverhalten, sondern um den Umgang mit Ressourcen, der langfristig zum Erhalt der Homöostase und zur besseren Akzeptanz von Lebenskrisen für notwendig gehalten wird.

Schritt 2: Die Patientin wird darin unterwiesen, die bereits vorhandene positive Stimmung deutlicher zu aktivieren und zu intensivieren. Hilfreich entwickeln sich hier imaginative Bilder und körperliche Bewegungsimpulse, denen bewusst Raum und Aufmerksamkeit gegeben wird. Das Erregungsniveau wird auf einem Mittelmaß gehalten.

Schritt 3: Aus der Dankbarkeit heraus, die eher in die Welt hinausgeht, entwickelt sich eine deutliche Selbstliebe und Wertschätzung dem Geleisteten gegenüber. Auch hier dienen körperliche Impulse der vertieften Wahrnehmung.

Schritt 4: Mit Hilfe der Wertschätzung der Verhaltensveränderung und der entwickelten Selbstliebe verändert sich das ursprüngliche Selbstbild. Es entsteht deutlich mehr Selbstwertgefühl, das Anspruchsniveau der Patientin sich selbst gegenüber reduziert sich. Der Fokus auf dem, was nicht gelingt, weitet sich zu dem, was schon geschafft ist.

Schritt 5: Ziel hier ist, in tatsächlichen Notzeiten in der Lage zu sein, die verankerten Ressourcen erneut abzurufen und nutzbar zu machen, um die Lebenssituation integrativ zu stabilisieren.

■ Die Therapeutin: aufmerksam wahrnehmend, bestätigend, herausfordernd begegnend

Die Kontaktgestaltung ist höchst komplex, und sie erfordert vom Therapeuten ein hohes Maß an Bewusstheit und Reflexionsbereitschaft, um den reziproken Schematransfer zielgerichtet zu nutzen, statt in Gegenübertragungen so gefangen zu sein, dass der Entwicklungsprozess des Patienten gestört oder gar verhindert wird.

Für den so verstandenen Beziehungsprozess sind die Erfahrung der Therapeutin und ihre Bewusstheit über sich selbst und ihren intrapsychischen und interaktionellen Kompass in der Behandlung entscheidend.

Neuere Forschungsergebnisse (Sachse, 2004) zeigen, dass es bei der Behandlung von bestimmten Störungen zu typischen Interaktionsmustern, Beziehungstests und spezifischen Umgangsformen mit Emotionen kommt. Hier steht die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen besonders im Vordergrund, wobei ich im Praxisalltag kaum einen Patienten kenne, bei dem es im Therapieverlauf nicht zur gezielten Bearbeitung von Inkompetenzen in der Emotions- oder Bedürfnisregulation und Beziehungsgestaltung kommt.

Nun bin ich einerseits sehr dankbar für die neueren störungsspezifischen Erkenntnisse im Hinblick auf günstige Therapeutenvariablen, andererseits zeigt sich im Therapiealltag die Notwendigkeit, sich als Behandlerin immer wieder sehr kreativ und flexibel auf den einzelnen Patienten einzustellen, gibt es doch kaum Menschen mit reinen Störungsbildern, noch ist es für den positiven Therapieverlauf förderlich, Menschen auf ihre Störungen zu reduzieren. Zu dieser Flexibilität gehört auch die Fähigkeit zu entscheiden, wann ich einem Behandlungskonzept stringent folge und wann ich mich dafür entscheide, die Therapieziele und geplanten Interventionen im Hinterkopf, eher prozessorientiert zu arbeiten.

Bei der oben beschriebenen Integration von Erfahrungen ist die therapeutische Beziehung, der Kontakt zwischen Therapeutin und Patientin, zum einen Basis, zum anderen auch Handwerkszeug der Psychotherapie, und dies gilt für alle zu behandelnden Störungen. Für die Therapeutin bedeutet dies, dass ihre Verhaltensweisen, ihr Selbstverständnis, ihre Rolle als Helferin und ihre Art, in Beziehung zu treten, von zentraler Bedeutung sind. Nicht nur, aber gerade in der Behandlung von Menschen, die auf der Beziehungsebene Verletzungen beklagen, ist die Therapeutin herausgefordert, sich als Resonanzkörper so bedingungslos wie möglich in den Behandlungsprozess einzubringen. Therapien werden nur zum Teil durch Wissen und fundierte Techniken effektiv. Ein großer Teil der therapeutischen Qualität hängt davon ab, was zwischen den Protagonisten auf der Kontaktebene möglich ist.

Die Therapeutin ...

- ... sieht im Patienten einen Menschen mit dem Mut, sich seinem Problem zu stellen
- ... zeigt Gewährsein und innere Resonanz
- ... unterstützt Selbsterkenntnis
- ... zeigt Akzeptanz des Istzustands
- ... steht im Dienst der Therapiearbeit
- ... nimmt aufmerksam wahr
- ... hält Verbindung
- ... bezeugt Bestätigung
- ... macht Angebote
- ... ist bereit zu ertragen
- ... gibt Kraft
- ... fordert heraus
- ... hält professionelle Distanz

Die zwei Menschen, die sich in der therapeutischen Situation begegnen, bringen ihre persönliche Geschichte und deren Verarbeitung mit und strahlen aus, wer sie sind. Auf feinsten Ebenen gestaltet dies den Kontakt und das, was sich im Rahmen der Begegnung entwickelt. Entscheidend ist deshalb die Reife der Therapeutin und ihre Bewusstheit über sich selbst und ihren intrapsychischen und interaktionellen Kompass in der Behandlung. Ich unterscheide drei Kontaktphasen, die sowohl innerhalb einer Stunde als auch über den gesamten Therapieprozess wiederholt stattfinden können:

Präkontakt: Zu Beginn einer Therapie können wir davon ausgehen, dass der Kontakt hauptsächlich geprägt wird durch die inneren Bilder der Patientin und der Therapeutin, es kommt zu ersten Annäherungen. Geklärt wird in dieser Phase, welche Erwartungen bezüglich der Therapie bzw. gegenüber der Therapeutin bestehen. Beziehungsmuster werden erkannt und ggf. hinterfragt und in ihren Bedeutungszusammenhang vor dem Hintergrund der eigenen Biographie gebracht. Der Fokus ist hier das Verstehen, nicht die Veränderung.

Vollkontakt: In der nächsten Phase kommt es zu Auseinandersetzungen mit den Bildern, Grenzen werden deutlich. Die bisherigen Vorstellungen von sich und dem Gegenüber haben intensiven Kontakt verhindert, Veränderungsprozesse behindert und die Symptomatik aufrechterhalten.

ten. Die Auseinandersetzungsphase, die sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die umfassender werdende Wahrnehmung des Gegenübers beinhaltet, eröffnet neue Perspektiven und leitet letztlich die Verhaltens- und Bildveränderung ein. Auf der Ebene des ehrlichen, aufrechten und respektvollen Kontaktes werden alternative Erfahrungen gesammelt, einige Grenzen erweitert, Spielräume vergrößert, andere Grenzen akzeptiert.

Postkontakt: Oft findet nach besonders kontaktintensiven und erlebnisreichen Stunden ein Rückzug des Patienten statt, in der die Kontaktbereitschaft eher abnimmt und ein Kontrollbedürfnis über das Geschehen einen höheren Stellenwert einnimmt. Mir scheint diese Phase für den Patienten notwendig, um sich des vertrauten Standes zu vergewissern, wenn das Risiko der Veränderung eingegangen wurde. Der Prozess der Assimilation des Neuen beinhaltet immer wieder Überprüfung, Wiederholung und scheinbare Rückschritte. Kontakterprobung über den therapeutischen Rahmen hinaus, sich der therapeutischen Rückendeckung gewiss, festigt dann das erweiterte Repertoire.

Eine wesentliche Leitlinie für mich ist die Überzeugung, dass Wachstum möglich ist und gerade im therapeutischen Zusammentreffen eine Chance erhält. In den Grundzügen fühle ich mich in meiner Arbeit dem Gedanken des Selbstmanagements verbunden (Kanfer, 2000). Wir haben es in der Therapie nicht mit Opfern ihres Schicksals zu tun, sondern mit Menschen, die mutig genug sind, sich mit den Problemen auseinanderzusetzen und unangenehme Wahrheiten ins Gesicht zu blicken. Dabei fordere ich von mir Gewahrsein und die Möglichkeit der inneren Resonanz. Ich rühre taktvoll an die Stagnationen und unterstütze die Selbsterkenntnis, die Wahrnehmung im Hier und Jetzt. Eng verbunden mit dieser zeitlichen Dimension ist die gegenseitige Akzeptanz dessen, was ist, die keine Manipulation oder Beschönigung zulässt. Als Therapeutin bin ich ich selbst in meinem individuellen und aktuellen Dasein, das ich mit allem, was mir zur Verfügung steht, in den Dienst der Behandlung stelle. Ich nehme wahr, bin und mache aufmerksam, halte Verbindung, bin bestätigende Zeugin, mache Angebote, ertrage und gebe inspirierende Kraft. Ich schaue genau hin, bin teilnehmend, manchmal verstehend. Ich halte mich nicht in den Geschichten auf, sondern bemühe mich, die Entwicklung von neuen Spielräumen vor Augen, wohlwollend, unterstützend und begleitend lernen zu ermöglichen in einem Klima, wo Raum ist für Schmerz und Ungeschicklichkeit, genauso wie für Wertschätzung und Freude am Können. Dabei bemühe ich mich um einen respekt- und taktvollen und bewussten Umgang mit verbaler Rückmeldung, übe mich in Klarheit, stelle mein Wissen und mein gutes Handwerkszeug zur Verfügung und halte professionelle Distanz. Statt konfluent zu sein, gebe ich Raum, erkenne Grenzen an, insbesondere auch meine eigenen. Ob ich dabei einen Menschen körperlich berühre oder, wie im Fallbeispiel, am Ende der Stunde in den Arm nehme, hängt vom Störungszusammenhang ab, von der Interaktion, von der ganz konkreten Situation. Allgemein wahre ich, auch beim Körperkontakt,

eine Haltung des respektvollen Abstandes. Ich suggeriere nicht, eine bessere Mutter, eine Freundin oder Gleichgesinnte zu sein. Manchmal geht es darum, physiologische und emotionale Beruhigung zu unterstützen, manchmal darum, unüberwindbar erscheinende Kontaktangst in der Therapie-situation beispielhaft zu überwinden, z. B. mit einem bewusst wahrgenommenen Händedruck. Manchmal geht es einfach darum, Freude und Dankbarkeit über die gemeinsam geleistete Arbeit auszudrücken (s.o.). Darüber hinaus biete ich mich ggf. auch als Gegenüber an, wenn es um Wahrnehmung von Grenzen oder eigene Körperkraft geht, in dem ich z. B. „Arm-drücken“ anbiete.

Die herausfordernde Bestätigung der Patient(inn)en, und zwar nicht nur die in dem aktuell präsentierten, sondern bezogen auf die noch unterentwickelten Potentiale, bedeutet nicht nur Empathie, denn bei dieser Art des Einfühlens gehe ich weg von mir und hin zum anderen. Sie bedeutet auch nicht Identifikation, denn da ordne ich das, was ich sehe, meinen Wertmaßstäben unter. In der herausfordernden Bestätigung bin ich gleichzeitig bei mir und bei dem anderen, ihn in seinem Entwicklungsprozess unterstützend. Das meint nicht nur reine Akzeptanz, sondern auch Konfrontation in einem für den Therapieprozess förderlichen Maß.

■ Verhaltenstherapie: ein sehr komplexer und kreativer Psychotherapieprozess

Manche Anfragen von Patient(inn)en aktivieren bereits am Telefon klassische, wissenschaftlich fundierte und praktisch bewährte verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden. In der Tat habe ich als Verhaltenstherapeutin diverses symptom-spezifisches Handwerkszeug zur Bearbeitung von seelischen Erkrankungen anzubieten. Wenn ich aber die vielen psychotherapeutischen Prozesse Revue passieren lasse, so nehme ich ganz unterschiedliche Therapieverläufe wahr, auch bei gleicher diagnostischer Festlegung. Ja, im Grunde gleicht keine Behandlung der anderen. Natürlich wiederholen sich zu bearbeitende Themen. Es gibt ähnliche Therapieziele und Interventionselemente, präzise vom individuellen Störungsmodell abgeleitet. Aber so unterschiedlich Menschen von Natur aus sind, so verschieden sie mit ihrer ganz persönlichen Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation umgehen, so sehr fühle ich als Therapeutin bei jeder Behandlung die Herausforderung, mich auf eine ganz einzigartige Reise einzulassen.

Verhaltenstherapie ist

- Symptomtherapie
- Kognitionstherapie
- Emotionstherapie
- Beziehungstherapie
- Ressourcentherapie

Mit vereinbarten Zielen und ganz individuellen Ressourcen in Korrespondenz stehen dann mal körperliche Sensationen, mal persönliche Bedeutungszusammenhänge, mal zentrale Bedürfnisse, mal die Emotionsregulation, mal Imaginationen und mal das Verhalten im Umgang mit sich oder in der Inter-

aktion im Vordergrund der Psychotherapie. Wie sich ein Therapieprozess entwickelt, hängt demnach zum einen von einer guten, umfangreichen Therapieausbildung ab und zum anderen von der strukturierten Flexibilität des Psychotherapeuten, sich mit der eigenen, gut reflektierten Persönlichkeit und dem gelernten Handwerkszeug auf den Hilfe suchenden Menschen in seiner Einzigartigkeit einzulassen und ihn in seiner Entwicklung so zu fördern, dass das individuelle Leid gelindert wird.

Ob wir diesen sehr komplexen und kreativen Behandlungsprozess, um den sich viele unserer verhaltenstherapeutischen Kolleg(inn)en bemühen, noch Verhaltenstherapie nennen sollten, bleibt zu diskutieren. Wie sehr hat sich doch das Verfahren in den letzten 15 Jahren weiterentwickelt. Die begriffliche Fokussierung auf das Verhalten wird dem tatsächlichen Therapiegeschehen schon lange nicht mehr gerecht. Heute ist Verhaltenstherapie ohne intuitive und zugleich professionelle Gestaltung der therapeutischen Beziehung, Förderung der Emotionsregulation und Achtsamkeit physiologischer Prozesse gegenüber kaum mehr möglich. Es ist zu überdenken, inwiefern es sinnvoll ist, neue Behandlungserkenntnisse Therapie-schulen unterzuordnen und sie von bestehenden abzugrenzen. In der Praxis und in der Forschung sollten wir offen dafür sein, neue, förderliche Behandlungsaspekte zu entwickeln, schon erfolgreich praktizierte wissenschaftlich zu untermauern und sie in die bereits bewährte Arbeit zu integrieren.

■ Korrespondenzadresse

Regina Sinderhauf | Praxis für Psychotherapie | Hagener Allee 5 | 22926 Ahrensburg | rsinderhauf@aol.com

■ Literatur

- Benjamin LS (2001): Die Interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien
- Elliot R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS (2008): Praxishandbuch der Emotions-Fokussierten Therapie. München: CIP-Medien
- Grawe K (1992): Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf J, Brengelmann J (Hrsg.): Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Röttger, S. 215-243
- Grawe K (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
- Kanfer F (2000): Self-Management Therapy: Orchestration of Basic Components for Individual Clients. Eur Psychother 1:10-14
- Levin P (2007): Vom Trauma befreien. München: Kösel-Verlag
- Linehan M (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
- McCullough JP (2007): Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP. München: CIP-Medien
- Sachse R (2004): Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe
- Sulz SKD (1994): Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München CIP-Medien
- Wendisch M (2000): Beziehungsgestaltung als spezifische Intervention auf vier Ebenen. Z Verhaltensther Verhaltensmed 4:359-380
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005): Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann