Beispiel 13.1
Verlauf einer Gesprächspsychotherapie

Das Fallbeispiel einer 27-jährigen Klientin u. a. mit Zwangssymptomatik verdeutlicht:
- wie die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie die Selbstaktualisierungstendenz fördert,
- wie die notwendigen Introspektionsprozesse des Therapeuten mit einbezogen werden.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf das Kapitel:
- 13.5 Der therapeutische Prozess

Die Klientin, der Therapeut, der Kontext
Ich habe bisher noch nie in dieser Deutlichkeit die von Rogers postulierte organismische Tendenz zur Selbstaktualisierung wahrgenommen, wie gerade bei dieser Klientin. Vielleicht auch deshalb, weil es diese Klientin deutlicher als andere bisher formulieren konnte, daß es für sie ein „vor der Therapie“ und ein „seit Beginn der Therapie“ gibt und daß der entscheidende Unterschied das Gefühl ist, „das erste Mal im Leben verstanden und akzeptiert zu werden“.

Ich spüre ein Gefühl der Dankbarkeit ihr gegenüber. Ich habe durch sie gelernt, dem Klienten und seinen Selbstheilungskräften mehr zu vertrauen und das Kontinuum zu spüren zwischen den beiden Polaritäten der „Superbia therapeutica“ […] und dem blinden und totalen Vertrauen in die Selbstaktualisierungskräfte des Klienten. Auf diesem Kontinuum muß ich meinen Platz noch finden und diese Klientin war mir eine große Lehrerin dabei.

Erstkontakt
Es rief mich ein Bekannter an und sagte, er habe eine Arbeitskollegin, der es zur Zeit sehr schlecht gehe, die seiner Ansicht nach psychotherapeutischer Hilfe bedürfe und die auch selber an einer solchen Hilfe interessiert sei. Ich sagte ihm, er könne seiner Kollegin sagen, daß ein erstes Gespräch sicher möglich sei und daß sie – wenn sie daran interessiert sei – sich mit mir telefonisch in Verbindung setzen solle. Einige Tage später rief die Frau an und bat um einen Termin. Ich empfand sie als ruhig und sachlich. Sie sagte, daß sie ein Kind habe und in einer schwierigen Situation stehe. Sie äußerte die Hoffnung, „daß Sie mir vielleicht helfen können“. Wir vereinbarten ein Erstgespräch.

Erstgespräch
Das Erstgespräch fand während zweier Treffen statt, da beim ersten Mal – auch wegen der Anwesenheit des Kindes – zuwenig Zeit zur Verfügung stand. Die Klientin kam mit 15 Minuten Verspätung zum ersten Termin. Sie hatte ihren 3jährigen Sohn dabei, den Sie auf dem Arm trug. Ihre äußere Erscheinung: ein knabenhafter Körper, eher klein, schmal; dunkle, halblange, glatte Haare; große, dunkle Augen; bekleidet mit Hose und weiter Jacke, beides in dunkler Farbe. Sie lächelte und schleppte dabei sichtlich schwer am Gewicht des Kindes. Sie bekam zur Begrüßung keine Hand frei und stellte das Kind schließlich auf den Boden. Sie setzte sich; ihr Sohn blieb neben ihr stehen, hielt sich mit einer Hand an ihr fest, in der anderen ein Spielzeugauto und schaute mich ängstlich an.

Sie begann sofort zu sprechen. Es war, als ob sich Schleusen geöffnet hätten und lange Gestautes hervorquellen würde. Sie sprach schnell, ohne Pausen, ohne Zögern, dabei aber klar und deutlich. Öfter hatte die Stimme einen klagenden, etwas weinerlichen, kindlichen Ton. Meist aber erzählte sie in einer sachlichen und verglichen mit dem dramatischen Inhalt sehr distanzierten Art, fast als ob sie über eine andere Person sprechen würde. Dabei lächelte sie öfter in einer resigniert-traurigen Art.

Sie hatte die Tasche neben sich auf den Sessel gelegt, saß nur auf der vorderen Sitzfläche, lehnte sich nicht zurück. Sie hielt meist die Beine überschlagen und hielt sich mit einer Hand an der Armlehne fest. Sie nahm immer wieder Blickkontakt auf, so als ob sie sich versichern müßte, daß ich ihr auch wirklich zuhöre. Sie kommentierte ein paar Mal ihre eigenen Äußerungen in diesem Sinne: „Nein, Sie werden sich jetzt wohl denken, daß ich verrückt bin und daß das alles gar nicht wahr ist. Aber Sie können mir glauben, daß ich da gar nichts erfinde. Ich frage mich selber manchmal, wie ich das aushalte.“ Nur einmal sagte sie, daß sie sich erschlagen, müde, am Ende ihrer Kräfte fühle.

Während sie erzählte, wandte sie sich auch immer wieder dem Kind zu, das nach einiger Zeit begonnen hatte, mit dem Auto auf dem Boden zu spielen und im Zimmer herumzugehen. Nach ca. 15 Minuten bot ich dem Kind Malfarben und Papier an, und es war bereit, sich außerhalb des Raumes aufzuhalten – die Tür blieb angelehnt.

Ich ließ die Klientin reden, unterbrach sie nur ein paar Mal mit Verständnisfragen und einigen Fragen zur objektiven Lebenssituation und hatte das Gefühl, daß da jemand vor mir mit großer Schnelligkeit Stein um Stein einen riesigen Berg aufbaut, darauf zeigt und gleichmütig sagt: „Da, schau her, das alles lastet auf mir. Aber wahrscheinlich glaubst du mir doch nicht." Tatsächlich spürte ich ein paar Mal Zweifel in mir am Realitätsgehalt ihrer Erzählungen. Ich erlebte diesen Inhalt als einen Kontrast zu ihrer kindlich-jugendlichen Erscheinung und dem insgesamt lebendigen Ton ihrer Erzählung. Ich hatte sie auch um 3–4 Jahre jünger eingeschätzt, als sie tatsächlich war (27 J.).

Problembeschreibung

Die Klientin beschrieb ihre Situation und ihr Problem wie folgt: Sie sei 27 Jahre alt, ledig und wohne seit 4 Monaten wieder bei ihrer Herkunftsfamilie: Vater 64 J., Beamter in leitender Funktion; Mutter 52 J., Hausfrau. 3 Kinder: Schwester 25 J., Bruder 18 J. Sie arbeite halbtags als Büroangestellte.

Vor 4 Monaten habe sie sich vom Vater ihres Kindes getrennt, mit dem sie 5 Jahre zusammengelebt hatte. Als ihre Mutter im Anschluß an eine Brustkrebsoperation zu Hause eine Hilfe benötigte, sei sie wieder dorthingezogen und habe diese Gelegenheit benutzt, um nicht mehr zu ihrem Partner zurückzukehren. Dieser verfolge sie jetzt, bedrohe sie physisch und wolle ihr das Kind wegnehmen. Er wolle sie für unzurechnungsfähig erklären lassen, um so bei der Gerichtsverhandlung in 4 Wochen das Kind zugesprochen zu bekommen. Er sei ein sehr arroganter, gewalttätiger Mensch, habe sie oft schon geschlagen und drohe ihr ständig, sie umzubringen. Er benütze jede Gelegenheit, um sie zu demütigen, zu beschimpfen und zu bedrohen. Vor kurzem habe er ihr aufgelauert, sie gezwungen in das Auto zu steigen und habe sie an einem abgelegenen Ort so lange gewürgt, bis sie fast bewußtlos war. Eine Woche danach habe er ihr eine Pistole gezeigt und ihr gesagt, daß er sie damit erschießen werde, wenn sie versuchen sollte, mit einem anderen Mann eine Beziehung einzugehen. Er habe ihr gesagt, sein Lebensziel sei es geworden, ihr Leben zu zerstören. Er verfolge sie täglich, schleiche abends und nachts um das Haus, um sie zu kontrollieren. Er wolle täglich für 2 Stunden das Kind. Sie müsse es ihm übergeben und nach genau 2 Stunden wieder abnehmen. Das Kind leide sehr unter dieser Situation.

Sie lebe so unter dauernder Angst, denn sie halte ihn für durchaus fähig, sie umzubringen. Sie·habe sich bereits mehrmals an die Polizei gewandt, die ihn zwar verwarnt habe, mehr aber nicht tun könne.

Sie habe das Gefühl, eigentlich nicht erwachsen geworden zu sein. Ihre Probleme hätten angefangen, als sie 14 Jahre alt war. Z. B. habe sie im Gegensatz zu den Gleichaltrigen keinen Busen entwickelt, weiter mit Puppen gespielt und sei in weiten Pullovern herumgelaufen. Damals sei sie das erste Jahr von zu Hause fort gewesen, in einem Mädcheninternat und habe eine Oberschule besucht. Damals habe sie auch plötzlich begonnen, unter quälenden religiösen Zwangsvorstellungen zu leiden und habe sich immer mehr von den Mitschülerinnen zurückgezogen. Schließlich sei sie von anderen Mädchen überrascht worden, als sie vor einem Heiligenbild kniete und betete. Erst später habe sie sich von diesen Zwängen befreien können. Aber ihr Leidensweg habe damals begonnen, und heute erlebe sie einen neuen Höhepunkt in dieser Situation mit dem Vater ihres Kindes.

Am Arbeitsplatz werde sie gering geschätzt; die anderen behandelten sie wie das Dummerchen, dem nichts zuzutrauen sei.

Gegen Ende des Gesprächs fragte ich die Klientin, was sie sich von mir erwarte. Sie sagte, sie habe bereits vor Jahren einmal eine Therapie in einer psychiatrischen Abteilung mitgemacht und sei total schockiert gewesen. Aber sie müsse endlich mit jemandem reden können, weil ihr alles über den Kopf wachse und sie nicht mehr weiter wisse. Auch erwarte sie eine Hilfe von meiner Seite, falls ihr ehemaliger Freund versuchen sollte, sie für verrückt erklären zu lassen – er wisse nämlich um diesen Psychiatrieaufenthalt.

Ich selbst spürte inzwischen einerseits ein Gefühl der Hilflosigkeit, hervorgerufen vor allem durch die Schilderung der Bedrohung ihres Lebens. Andrerseits war ein deutliches Interesse da und eine Neugier erwacht auf das Leben, das da angedeutet worden war. Gleichzeitig zeigte die Klientin einen deutlichen Leidensdruck (state of incongruence) und damit verbunden eine klare Motivation, Bereitschaft und Fähigkeit zu Selbstexploration, gute verbale Fähigkeiten und die Fähigkeit, sowohl eine Beziehung zu sich selbst als Person aufnehmen, als auch mein Beziehungsangebot wahrnehmen zu können.

Erweiterte Lebensgeschichte

Im folgenden will ich die Lebensgeschichte der Klientin (Name: M.), so wie sie im Fortlauf der Therapie sichtbar geworden ist, in großen Zügen beschreiben. Ich weiß nicht, ob ich den Mut gehabt hätte, mich auf diesen „Fall" einzulassen, wenn ich vieles davon gewußt hätte – nach dem klassischen Schema: Anamnese–Tests–Diagnose–

Therapie. So bin ich blauäugig und klientenzentriert losgegangen, und nur allmählich hat die Klientin die wahren Ausmaße ihres Leidens geoffenbart; so hat sie sich und mich geschützt.

Der Vater will eigentlich Priester werden. Als er seine jetzige Frau kennenlernt, ist er 37 Jahre alt und sie 25 Jahre. Sie ist Bundesdeutsche und hatte eine sehr strenge Erziehung erhalten und als sie schwanger ist, ist es für beide klar, daß jetzt geheiratet werden muß. Nach der Heirat im 5. Schwangerschaftsmonat zieht das Paar in eine oberitalienische Provinzstadt, wo der Vater eine Arbeit als Beamter gefunden hatte und wo die Familie für 3 Jahre bleibt. Die Mutter spricht damals kein Wort Italienisch. Nach 3 Jahren zieht die Familie nach X., wo sie heute noch wohnt.

Die Schwangerschaft ist begleitet von Depressionen und Alpträumen und schließlich kommt das Kind mit 7 Monaten zur Welt. Es ist ein ungewolltes Kind, das den Lebensweg der Eltern entscheidend verändert hat. Für den Vater ist es außerdem und vor allem ein „Kind der Sünde", das ihm den Weg in die Priesterschaft verbaut hat.

Die Mutter hängt sich anfangs sehr stark an das Kind, das in der fremden, neuen Welt der wichtigste Halt für sie ist. M. ist ein unruhiges, nervöses, schwieriges Kind, und ab 3 Jahren klammert sie sich an den Rock der Mutter und fragt sie unzählige Male am Tag: „Mama, hast du mich wirklich gerne?" Diese Frage wird M. bis ins 27. Lebensjahr an ihre Mutter stellen. Mit 10 Monaten ist M. aber bereits tagsüber und nachts sauber.

Im Vater entwickeln sich bald zwanghafte religiöse Vorstellungen und Verhaltensweisen, die er versucht, auch den anderen Familienmitgliedern zu vermitteln und die vor allem von den Begriffen „Sünde", „Schuld" und „Strafe" geprägt sind.

Als M. mit 4 Jahren den Kindergarten besuchen soll, wehrt sie sich buchstäblich mit Händen und Füßen und wird schließlich mit Gewalt doch dazu gezwungen. Als Strafe muß sie dann im Kindergarten stundenlang im Eck stehen. Es ist für M. eine intensive Erfahrung des Verlassenseins und des im Stichgelassen-Werdens und der Beweis für das, was sie schon immer gespürt hat: nicht geliebt zu werden.

Beim Spielen langweilt sich M. immer sehr: Sie kann nicht spielen. Wenn sie z. B. von der Mutter eine Puppe geschenkt bekommt, freut sie sich sehr, legt sie aber ins Bett, betrachtet sie und hat Angst, daß sie durch das Spielen beschädigt und schmutzig werden könnte. Sie soll schön und sauber bleiben. Die Puppen sind auch ein Beweis dafür, daß die Mutter sie liebt.

M. geht auch nicht gerne zur Schule. In diesen Jahren quält sie öfter der Zweifel, ob sie wirklich das Kind ihrer Eltern sei. Das Schönste in der Schule ist für M. der Religionsunterricht. Sie ist begeistert und „die Worte Jesu sind Speise für meinen Hunger nach Liebe". Nachhaltig beeindruckt ist M. in der 5. Klasse, als der Pfarrer den Kindern ein Bild des Teufels zeigt, der ein Engel gewesen war, sein wollte wie Gott und deshalb gestürzt wurde.

Als M. 6–7 Jahre alt ist, kommt sie morgens – nachdem die Mutter bereits aufgestanden ist – ins Bett des Vaters, darf sich auf seinen Bauch und zwischen seine Beine legen. Dieser schaukelt dann mit ihr auf und ab. Für M. ist es ein wunderbares, schönes und warmes körperliches Gefühl. Oft aber unterbricht der Vater plötzlich dieses Spiel und schickt sie fort. M. kann das gar nicht verstehen.

Später spioniert der Vater ihr nach und entdeckt sie dann auch öfter im Bad, als sie mit ihren Geschlechtsteilen spielt. Er schimpft dann und redet von Gott und dem 6. Gebot.

Von den Eltern fühlt sich M. nicht akzeptiert: von der Mutter fühlt sie sich im Stich gelassen. „Immer dann, wenn ich sie gebraucht hätte, war sie nicht da." Die Zuneigung des Vaters empfindet sie als distanziertes, pflichtmäßiges Sich-Kümmern.

Als M. 10 Jahre alt ist, wird der Vater mit der Diagnose „Waschzwang" für längere Zeit in die psychiatrische Klinik eingewiesen.

Er hatte auch allen Familienmitgliedern untersagt, ihn irgendwie zu berühren – aus Angst, schmutzig zu werden.

In der Pubertät – mit ca. 14 Jahren – kommt M. in ein Mädcheninternat in einer nahen Stadt, um dort die Oberschule zu besuchen. Plötzlich kommt dort der Zusammenbruch: Eine Freundin, an der M. sehr hängt, will plötzlich von ihr nichts mehr wissen, gibt ihr zu verstehen, daß sie eine Last für sie ist und daß sie in Ruhe gelassen werden will. Sie läßt sich auch in ein anderes Zimmer verlegen. Für M. bricht die Welt zusammen, und sie erlebt das gleiche intensive Gefühl wie mit 4 Jahren im Kindergarten: verlassen zu sein. Plötzlich kommt ihr Gott in den Sinn, und sie wirft ihm vor, daß auch er sie verlassen hat. In der Schule wird M. apathisch und kann dem Unterricht nicht mehr folgen. Die Auseinandersetzungen mit Gott werden bald zum qualvollen Zwang, der sie ganz ausfüllt. Stundenlang flucht sie ihm und allen Heiligen, deren Bilder im Heim hängen, um anschließend von heftigen Schuldgefühlen überfallen zu werden. Das Bitten um Verzeihung nimmt dann wieder Stunden in Anspruch, nur um dann wieder in Vorwürfe und Fluchen überzugehen. M. fühlt sich von einem bösen Geist besessen. In besonders schlimmen Stunden sperrt sie sich in die Toilette, zerkratzt sich das Gesicht und zerbeißt sich die Hände. Als Höhepunkt der Gotteslästerung empfindet M. den Gedanken, sein zu wollen wie Gott.

Sie bemüht sich gleichzeitig, alles zu verbergen und hat nicht den Mut, mit jemandem darüber zu sprechen. Sie wird auch von Mitschülerinnen dabei entdeckt, wie sie vor einem Heiligenbild kniet. Lange merkt sie nicht, daß sie zum Gespött der Mitschülerinnen geworden ist.

Schließlich bricht sie den Schulbesuch ab und kehrt nach Hause zurück. Mit 18 Jahren beginnt sie als Sekretärin halbtags zu arbeiten. Mit dem verdienten Geld kauft sie der Mutter oft Geschenke – auch Goldgeschenke – und fragt sie immer und immer wieder, ob sie sie auch wirklich gern habe.

Der Vater redet zu ihr hauptsächlich von Gott, der Gottesmutter, von Sünde und besonders von der Unkeuschheit. „Es war wie eine Gehirnwäsche – Tag für Tag. Immer nur ich. Die anderen in der Familie ließ er meist in Ruhe.“ Er schläft inzwischen auch getrennt von seiner Frau in einem anderen Zimmer. M. kann sich auch überhaupt nicht an irgendeinen körperlichen Kontakt zwischen den Eltern erinnern. Die Mutter und M. schlafen im elterlichen Schlafzimmer. Wenn im Fernsehen eine erotische Szene erscheint, stellt sich der Vater davor oder wechselt das Programm.

In den folgenden 6 Jahren wird M. weiter von Zwangsvorstellungen und -handlungen gequält, und die Suicidgedanken häufen sich. Alles in ihr ist mit Gott beschäftigt: „ Warum hat er mich verlassen?“

Mit 20 Jahren wird M. von ihrem Hausarzt zu einem Psychiater geschickt und von diesem in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Es ist eine schockierende Erfahrung für sie, und nach 2 Wochen verläßt sie unter einem Vorwand die Klinik und kehrt nicht mehr zurück.

In den folgenden 5 Jahren versucht M. sich mit Tabletten, Alkohol und vereinzelten Drogenerfahrungen (auch Heroin i. v.) über Wasser zu halten. Mit 24 Jahren wird sie zu einem stationären Entzug in die Klinik gebracht. Aber erst in der Schwangerschaft kann sie den Tablettenkonsum abbrechen.

An ihrer Sexualität leidet sie. Sie fühlt sich verkrampft, verklemmt und schuldig und sexuelle Erlebnisse sind oft Anlaß für zwanghaftes Waschen (besonders der Haare), Beichtzwang und Verstärkung der alten Zwangsgedanken und -handlungen. Während sexueller Kontakte muß sie oft an den Vater denken und kann ihm dann zu Hause nicht mehr in die Augen schauen; sie hat das Gefühl, daß er sofort sieht, „welchen Dreck ich an mir habe“. Neben der „Verklemmtheit“ hat sie aber auch Erlebnisse aggressiver, ekstatischer Hemmungslosigkeit, z. B. beim Tanzen zu Rockmusik oder in der Sexualität. Diese Erlebnisse machen ihr Angst und sie bezeichnet sie als „Besessenheit durch einen bösen Geist“ und erlebt sich darin als „Hexe“.

M. lehnt ihren Körper ab, den sie als unweiblich empfindet. Sie wagt sich nur in weiten Kleidern und in Hosen auf die Straße.

Mit 24 Jahren hat M. ein intensives und z. T. entlastendes Erlebnis: sie sieht die Abbildung einer russischen Ikone, die Maria darstellt, wie sie ihr Kind im Arm hält. Sie wird von einem – starken freudig/traurigen Gefühl überwältigt und sie spürt, daß genau dieses liebevolle Gehalten-Werden ihr immer gefehlt hat.

Mit 25 Jahren lernt M. einen Mann kennen, an den sie sich verzweifelt klammert, der sie zurückstößt, schlägt, demütigt und den sie mit Suiciddrohungen erpreßt. Sie will von ihm ein Kind, da sie in einem Kind die einzige Rettungsmöglichkeit für sich selbst sieht. Als sie schließlich schwanger ist, sagt ihr die Mutter, sie soll abtreiben. Aber M. wehrt sich auch gegen sie mit Suiciddrohungen.

Durch die Geburt des Kindes fühlt sich M. in ihrem Selbstbewußtsein gestärkt und empfindet zum erstenmal so etwas wie einen Sinn im Leben. Die Zwänge mildern sich.

Die sado-masochistische Beziehung zu ihrem Partner (der sich kaum um das Kind kümmert) setzt sich fort. Ungefähr eineinhalb Jahre nach der Geburt des Kindes ergreift M. die Gelegenheit, aus der gemeinsamen Wohnung auszuziehen: Die Mutter wird einer Brustkrebsoperation unterzogen, und unter dem Vorwand, ihr zu Hause behilflich zu sein, zieht sie wieder in die elterliche Wohnung und kehrt nicht mehr in die gemeinsame Wohnung zurück.

Die Mutter ist ihr bei der Betreuung des Kindes behilflich. Sie verlangt aber, daß das Kind nicht „Oma“ zu ihr sagt, sondern „Mutti“ (M. läßt sich vom Kind „Mama“ rufen). Auch ihrer Tochter verbietet die Mutter, sie in der Öffentlichkeit „Mama“ zu nennen und verlangt von ihr, sie mit ihrem Taufnamen anzureden. Das Altern ist für die Mutter – sie ist immer noch eine sehr attraktive Frau – ein zentrales Problem und Mutter bzw. Großmutter sein, ist unvereinbar mit ihrem Selbstbild.

Nach der Trennung von P., ihrem Partner, beginnen die Verfolgungen von seiner Seite, die dann auch offizieller Anlaß zum Beginn der Therapie werden.

Therapievertrag

Ich vereinbarte mit der Klientin folgendes: Einmal wöchentlich eine Therapiestunde von 50 Minuten Dauer. Da es möglich war, dies im Rahmen unserer Beratungsstelle zu tun, war die Therapie kostenlos. Ich sagte ihr, daß das Wort „Therapeut“ im Griechischen soviel bedeutet wie „Diener, Genosse, Gefährte“. In diesem Sinne könne ich ihr anbieten, sie helfend zu begleiten bei dem Versuch, ihre Situation und sich selbst besser zu verstehen. Was die ev. Hilfe in der rechtlichen Auseinandersetzung um das Kind betreffe, so sei es fraglich, ob ich da etwas für sie tun könne; jedenfalls sähe ich da im Moment keine Möglichkeiten.

Vorläufige diagnostische Hypothese

Beim Anhören der Klientin kam mir öfter das Wort „unerhört“ in den Sinn und zwar in der doppelten Bedeutung von „schrecklich“ und von „nicht erhört“. Gleichzeitig hatte ich den Eindruck, daß die Erwartung bzw. die Angst, daß das Gehörte nicht verstanden bzw. nicht geglaubt wird, so groß ist, daß es die Klientin nur in distanzierten Form erzählen kann, die genügend Schutz bietet.

Das Gefühl von Ohnmacht und auch Beschützen-Wollen, das ich manchmal spürte, und der seltsame Gegensatz zwischen dem kleinen, zarten, hilflosen Menschen und den übergroßen, gewaltigen Bedrohungen ließen mich vermuten, daß dieses Klein- und Winzigwerden auch Zuwendung, Schutz, Schonung bewirkt und als Überlebensstrategie bedeutsam war und ist.

Die Klientin erlebt sich also in einem „unerhörten" Zustand von Bedrohung und sucht aus diesem Erleben heraus Hilfe von außen. Ein Aspekt dieser erwarteten Hilfe ist die Möglichkeit, endlich reden zu können und dabei einen Menschen zu haben, der das „Unerhörte" anhört. Weiters sucht sie einen Verbündeten, der ihr helfen kann, das Kind zu behalten.

In einem wichtigen Moment des Individuationsprozesses, der Pubertät, trat die Entwicklung in eine akute Krise ein, die anscheinend noch andauert. Diese Krise trat zumindest damals in der Form einer Neurose mit Zwangscharakter (frühe Störung) zutage.

Das Selbstkonzept (bzw. die Bedeutungsstrukturen) der Klientin, das ich im Erstgespräch wahrnehmen konnte, war deutlich negativ geladen: „Ich bin klein, schwach, hilfsbedürftig, nicht erwachsen, obwohl ich 27 Jahre alt bin. Mein Kind ist ein wichtiger Teil von mir: Es macht mich größer, dehnt mich aus. Mein Leben ist ein Leidensweg; Ich leide seit langem. Ich werde verfolgt und in meiner Existenz bedroht. Ich bin nicht weiblich, nicht liebenswert. Ich habe einen häßlichen Körper. Ich bin unausgeglichen, zwanghaft und in meinen Lebensäußerungen insgesamt eingeschränkt."

Der Prozeß

Stationen: die Stunden 2, 12, 22, 32, 42, 52

Ich möchte als ersten Schritt versuchen, anhand der Analyse jeder zehnten Therapiestunde (12, 12, 22, 32, 42, 52) den Prozeß und einige seiner typischen Merkmale nachzuvollziehen. Ich habe dafür aus den drei gebräuchlichen Skalen (Prozeßskala, experiencing-Skala, SE-Skala) zur Operationalisierung des Klientenprozesses die 7stufige Prozeßskala nach Rogers in den Formulierungen nach Biermann-Ratjen et al. (1981) und nach Hart/Tomlinson (1970) ausgewählt und auch mit ihrer Hilfe versucht, über das Geschehen in der Stunde zu reflektieren und auch Skalenwerte für jede Stunde anzugeben. Der Prozeß in der Stunde ist natürlich ein dynamisches Geschehen und die statische Aussage des jeweiligen Skalenprofils, das ich angehängt habe, ist nur eine Schätzung des maximalen Wertes in den 7 Funktionsbereichen, den die Klientin erreicht hat – ev. auch nur für die Dauer von wenigen Minuten. Diese Profile sind deshalb das Resultat dieser Schätzungsübungen anhand der Skala und geben über den Verlauf wenig Auskunft. Es soll in erster Linie auch eine Verbeugung vor dem naturwissenschaftlichen Teil der GT-Seele sein; er hat historische Verdienste.

Die Skalen sind ja auch spezifizierte und operationalisierte Ausformulierungen des allgemeinen Therapiezieles, d. h. wenn die Klientin auf der Skala tendenziell von niederen zu höheren Werten sich bewegt, so ist der Prozeß in Fluß und die Therapie erfolgreich.

Ich fand die Arbeit mit der Skala sinnvoll und habe mir dabei öfter gewünscht, daß solche Übungen mit prozeßorientierten Skalen ab uns zu auch in der Ausbildung Platz gehabt hätten. Bestimmte klientenzentrierte Konzepte wären für mich schneller verständlich geworden.

Die 2. Therapiestunde

Die Klientin erzählt in ununterbrochenem Redefluß, mit vielen Wiederholungen, Umschreibungen und Ausschmückungen von Details äußerer Ereignisse vor allem vom Verhalten von P., ihrem ehemaligen Partner und Vater ihres Sohnes. Sie schildert seine Verfolgungen, seine Drohungen, seinen gewalttätigen Charakter, die Pistole, die er ihr gezeigt hat und mit der er ihr den Tod angedroht hat, ihre Hilfesuche bei der Polizei, ihren neuen Freund, der diese ganze Situation nicht mehr aushält und sich deshalb von ihr zu distanzieren beginnt. Sie spricht dabei in einem plaudernden, freundlich-sanften Ton. Gefühle der Angst, Müdigkeit und Hoffnungslosigkeit werden in sehr distanzierter Art geäußert, so als ob sie über eine dritte Person spräche.

Sie verwendet anstelle von „ich" oft „man". Alles Erleben und alle Probleme werden auf das Verhalten von P. zurückgeführt.

Es ist, als ob mir die Klientin sagen möchte: „Sind Sie nicht auch der Meinung, daß es dieser Person verdammt schlecht geht und daß sie eigentlich gar nichts machen kann?"

Zunächst aber habe ich das Gefühl, daß die Klientin vor mir in Windeseile eine unüberwindliche Mauer aufbaut. Ich fühle mich Schachmatt gesetzt; ohnmächtig, spüre Wut auf diesen Menschen P., Mitleid mit der Klientin und manchmal auch kurz dazwischen leise Zweifel, ob dies alles auch wirklich wahr, oder ob viel erfunden ist.

Es überwiegt schließlich der Impuls, „herbeizustürzen und die Dinge in Ordnung zu bringen“ (Rogers): Ich ertappe mich bei Überlegungen, wie und wo die Klientin etwas ändern könnte, wo etwas Positives und Lösungsansätze zu finden wären in dieser hoffnungslosen Extremsituation. Ich lasse mich so z. B. zu verschiedenen Ratschlägen verführen, die die Klientin dann mit ein paar Hinweisen auf die objektive Unmöglichkeit zunichte macht. Einige Versuche von mir, ihr Erleben zu verbalisieren, bestätigt sie kurz aber nachdrücklich und erzählt dann sofort von der schlimmen äußeren Situation weiter.

Es kommt Ärger in mir auf. Ich habe das Gefühl, in meinen Bemühungen und meinen Interventionen überflüssig und sogar störend zu sein. Ich merke, daß ich nicht so recht akzeptieren kann, was ich spüre (Kongruenzprobleme): Die Klientin will einfach zu jemandem reden, der aufmerksam zuhört und vorerst weiter nichts. Ich dagegen möchte ihr irgendwie zeigen, daß ich ein effektiver Therapeut bin. Erst als es mir gelingt, sie einfach erzählen zu lassen und keine Leistungsdemonstrationen meinerseits mehr zu machen, legt sich die Anspannung in mir, und allmählich entsteht das Gefühl, daß ich ihre Spur finde.

Gegen Ende der Stunde gelingt es mir, einen wichtigen Bedeutungsgehalt wahrzunehmen und ihn ihr mitzuteilen. Ich verstehe, daß die Klientin in ihrem Gefühl der Hilflosigkeit und der Ausweglosigkeit respektiert werden will und ich kann dies annehmen; zusammen können wir etwas Wichtiges aussprechen:

KL: Ich hoffe auf die Zeit, aber niemand hat Zeit zu warten. Alle meinen, es muß jetzt und sofort etwas geschehen und ich muß jetzt unbedingt etwas ändern. (Heftiger, lauter) Aber was soll ich ändern?

TH: Sie spüren, es ist jetzt richtig, wenn sie einfach tun, was der P. von Ihnen verlangt.

KL: Ja, ganz genau.

TH: ... denn nur mit der Zeit wird sich etwas ändern können, jetzt können Sie gar nichts tun.

KL: Ja, ich spüre den furchtbaren Zeitdruck, der mir von den anderen gemacht wird. Ich kann jetzt nichts tun.

Die 12. Therapiestunde

Die Klientin nimmt gleich anfangs Bezug auf die vorangegangene Stunde und stelle einen Zusammenhang her zwischen dem Gutgehen in der vergangenen Woche und der Tatsache, über das Thema „Gott“ und die damit zusammenhängenden Zwangsgedanken ausführlich gesprochen zu haben. In der vorangegangenen Stunde hatte ich zur Bearbeitung den Zusammenhang zwischen ihrem Kampf mit Gott und ihrer konfliktreichen Beziehung zum Vater angeboten. Sie hatte das Angebot angenommen und damit gearbeitet. Nun sagt sie, daß das Resultat ihrer Überlegungen in den vergangenen Tagen dies sei, daß sie jetzt versuchen müsse, eine gesunde Einstellung zur Religion uns zu Gott zu erreichen. D. h., die kognitiven Funktionen stehen hier im Dienst der Aufrechterhaltung des alten, starren, zwanghaften Konstruktes „Gott“, das für die Klientin vor allem auch die Funktion hat, die Figur des Vaters und ihre Beziehung zu ihm zu verdecken. Ebenso verwendet sie das Konstrukt, „im Leben kann nicht alles gut gehen, da ist immer auch Leiden“ dazu, ihren sehr schmerzlichen Gefühlen nicht zu nahe kommen und in ihrer wahren Gestalt nicht erleben zu müssen.

In den vergangenen Stunden hatte ich das Entstehen von Gefühlen des Beschützens der Klientin gegenüber gespürt und so kann ich diesen ihren Selbstschutz gut annehmen. Bald kommt sie selber wieder auf den Zusammenhang:

KL: Aber die Erklärung, wieso ich so ein verkrampftes Verhältnis zu Gott habe, ist, weil mir in meiner Kindheit eine bestimmte Zuneigung gefehlt hat oder ein bestimmter Teil, was weiß ich, Liebe oder so.

TH: Hm.

KL: Ich versuche dann mich zu analysieren weil ... für mich war das Ganze bis ich zu Ihnen gekommen bin ... ich kann as gar nicht beschreiben ... einfach ein Abschnitt, der hat kein Ende und keine Füße gehabt. Das war so ein Nebel in meinem Kopf und dem hab ich keinen Namen geben können. Das war einfach da und ich hab auch immer Angst gehabt, mich mit der Sache zu konfrontieren, weil sie eben so schwer war. Erstens kann ich jetzt darüber reden und zweitens ist es etwas anderes, wenn man etwas denkt oder sagt; weil der Gedanke kann im Kopf weiter herumtreiben, wie ein Film, aber wenn es gesagt ist ... man erschrickt über sich selber, es ist, als ob man es selber erleben würde.

Ich spüre bei der Nennung meiner Bedeutung für sie so etwas wie einen leichten Schrecken und mir fällt meine Eigentherapie ein und das Thema, das dort ansteht: die eigenen Fähigkeiten zulassen, akzeptieren und ev. auch noch genießen können.

Jedenfalls hat die Klientin hier formuliert, was in der GT als Therapieziel angesehen wird: das Selbstkonzept erweitern.

KL: Jedesmal, wenn ich auf eigenen Füßen hätte stehen sollen, bin ich gescheitert ... Ich hatte immer eine Anhänglichkeit, das war den Eltern vielleicht eher lästig. Wieso habe ich nicht gelernt, selbständig zu sein? Habe ich etwas versäumt, oder habe ich nicht gewollt? Wenn ich das so überlege, sind das lauter Etappen, die da eine Verbindung haben.

Weiters erzählt die Klientin von Erinnerungen aus der Kindheit, allerdings ohne daß ein Gefühl bis zum aktuellen Erleben durchkäme. Ich versuche, sie zu einer möglichst konkreten Annäherung an „dieses kleine Mädchen, das Kind, das sie einmal war“ anzuregen. Immer, wenn etwas hätte erlebbar werden können, weicht die Klientin aber in das „Erzählen über“ aus.

Als die Klientin schildert, wie in der Pubertät im Internat die zwanghaften, aggressiven Gefühle und Gedanken gegen Gott, „der mich hätte liebend begleiten sollen und der mich so im Stich gelassen hat“, begonnen haben, falle ich ins Erklärenwollen. Ich versuche, die Verbindung zu ihren vorher berichteten Gefühlen des Verlassenseins (im Internat) von den Eltern und von der einzigen Freundin herzustellen. Die Klientin stimmt mir zu, aber ich habe anschließend das Gefühl, ihr etwas – wenn auch vielleicht „Richtiges“ – untergeschoben zu haben und meiner Ungeduld und meinem Bedürfnis nach Erklären und Verstehenwollen erlegen zu sein. Insgesamt bleibt mir am Ende der Stunde ein vages Gefühl der Unzufriedenheit oder eines undeutlichen Schmerzes: Ich hatte ein verschwommenes Bild von einer Grenze oder von etwas nie Erreichbarem, etwas Unvollständigem, es ist mir nicht gelungen, näher zu verstehen.

Die 22. Therapiestunde

Die Klientin erzählt in heftigem, wütendem Ton gleich anfangs, wie sie sich maßlos ärgere, weil sie auf dem Wege hierher ein Unbekannter „blöd angeredet“ hat. Sie verwendet Kraftausdrücke wie „Idiot“, „blöde Sau“, „Arschloch“ und sagt, sie wolle sich den Typen anschließend an die Stunde noch suchen und ihm die Meinung sagen. Es ärgere sie, daß sie nicht sofort angemessen reagiert habe.

KL: Ich lasse mich von keinem mehr unterdrücken und Angst habe ich auch keine mehr. Das, das ist brutal ... da kriege ich eine Wut, daß ich selber so eine Kraft kriege, daß ich mich selber gar nicht kenne ... Ich glaube nicht, im Leben immer nur auf den Deckel kriegen zu müssen. Immer nur das arme Dummerchen zu sein, da habe ich die Schnauze voll. Diese Demütigung! Wieso denn?

Ich freue mich über diesen neuen Aspekt ihrer Person, den die Klientin da zeigt und darüber, daß die Wut und das aggressive Potential, das meist nicht sichtbar wurde und worüber nur geredet worden war, jetzt zum Ausdruck kommt. Dabei denke ich auch an den im psychoanalytischen Verständnis der Zwangsneurose zentralen Stellenwert der aggressiven Impulse.

TH: (lacht) Ich staune, welche Energien da sichtbar werden. So kenne ich Sie gar nicht. Da scheint es neben der schwachen und hilfsbedürftigen M. ja noch eine andere, zornige, starke M. zu geben.

KL: (laut und zornig) Ich habe mir in dieser Woche schon einiges nicht gefallen lassen. Ich habe beschlossen, daß wenn ich leben will, dann muß ich mit ein paar Sachen aufräumen. Z. B. habe ich mit der Mutter die ganze Woche gestritten.

TH: Ja, wie finden sie denn diese M., die da so stocksauer und kreuzverflucht aus allen Rohren dampft?

KL: (lacht) Ja, die steht aufrecht auf beiden Füßen, so wie ich von hier das letzte Mal heimgegangen bin nach der Übung, die ich bei Ihnen da gemacht habe*. Verstehen Sie? So richtig wild. Das ist nicht mehr der Teig, der keine Form hat. Weil wie ich damals hier aufgestanden bin, da ist, glaube ich, ein kleines Wunder geschehen und ich will aufrecht stehen und atmen und die Energie spüren und nicht mehr der arme Hund sein und das arme Seelchen.

Die Klientin stellt alte Konstrukte des negativen Selbstkonzeptes in Frage anhand des aktuellen Erlebens. Ich verstärke es und biete ihr Farbstifte und großes Papier an und lade sie ein, damit etwas zu tun. Sie malt und anschließend bespreche ich mit ihr das Resultat. Ich versuche dabei immer wieder, sie auf das aktuelle Empfinden zu weisen und diesmal kann ich es auch ohne Drängen tun. Als ein Aspekt, der in der Zeichnung enthalten ist, wird Trauer deutlich, die sie auch als leere, dumpfe Stelle in der Brust lokalisieren kann (felt sense i. S. des Focusing). Es ist bisher die Stunde, in der der Prozeß am freiesten floß. Abschließend bleibt mir ein gutes Gefühl gemeinsamen, konstruktiven Arbeitens.

---

* Die Klientin bezieht sich hier auf die vorhergehende Stunde. Sie sagte da, daß sie sich wie ein formloser Teig fühle. Ich forderte sie auf, einmal ganz dieser Teig zu sein, sich auf den Boden zu hocken, so wie es ihr zu diesem Bild am angemessensten scheine und zu spüren, wie das ist. Sie tat es und begann nach einer Weile leise zu weinen. Nach der Erforschung der dazugehörigen Gefühle bat ich sie, zu schauen, ob da etwas sei, das sie tun möchte und könne. Schließlich begann sie sich langsam aus der zusammengekauerten Stellung aufzurichten, groß zu werden, die Arme auszubreiten, zu wachsen, ihre Wurzeln zu spüren. Es war ein sehr eindrucksvolles Geschehen für beide.

Die 32. Therapiestunde

Die Klientin beginnt zu erzählen, daß sie seit einer Woche an einem neuen Arbeitsplatz ist – daß sie versetzt wurde. Am bisherigen war sie 10 Jahre lang gewesen. Dort hatte sie die Rolle der Unfähigen, Dummen, die in der Psychiatrie war und der man nichts zutrauen konnte, eingenommen. An den zwei Seiten dieser Rolle – der belastenden und der angenehmen – hatten wir zwei Stunden vorher gearbeitet. Jetzt freut sie sich, irgendwo neu beginnen zu können. Es macht ihr aber Sorgen, daß sie am neuen Arbeitsplatz bald ganztägig wird arbeiten müssen (bisher halbtags).

Ich empfinde diesen Wechsel als etwas sehr Wichtiges für ihr Wachsen. Auch wird ihre Autonomie durch ein höheres Einkommen gefördert; dies scheint mir besonders relevant im Hinblick auf ein ev. Verlassen des Elternhauses zu sein. Ich empfinde dies als einen notwendigen Schritt, allerdings bin ich mir bewußt, daß ihn die Klientin vielleicht nicht (nie?) schaffen wird. Ich fühle mich als Therapeut hier im Sinne von Trüb (1951, zit. nach Pfeiffer 1987, S. 59) „als personaler Stellvertreter für die Welt". Ich bin über diese Arbeitsplatzveränderung auch deshalb froh, weil ich es fast als ein deutliches äußeres Zeichen erlebe, daß sich etwas verändert. Dabei stoße ich auf meinen Zweifel, der sich manchmal bemerkbar macht, ob dieser organismischen Aktualisierungstendenz wirklich so ganz zu trauen sei – vor allem wenn die äußere Situation sehr einengend und blockierend ist. Ich denke dabei vor allem an die Tatsache, daß die Klientin bei ihren Eltern wohnt und dabei einem hoch pathogenen Milieu ausgesetzt ist. Ein ganztägiger Arbeitsplatz scheint mir da sehr autonomiefördernd und Ich-stärkend zu sein. Ich ermutige sie.

Die Klientin erzählt, daß sie mit der neuen Vorgesetzten gesprochen und diese ihr gesagt habe, daß sie vor kurzem eine Frau entlassen mußte, die diese Stelle bekleidete; sie sei nämlich unfähig, langsam, unselbständig, begriffsstutzig und schwach gewesen.

KL: (wütend, heftig) So, hab ich mir gedacht, das klingt ja gut für meine Ohren, das kenn ich zu gut, das kenn ich 10 Jahre lang! (heftiger) Du sollst bei mir das nicht sehen. Ich werd verrückt, hab ich mir gedacht, da seh ich ja mein Spiegelbild! (ballt die Faust und schüttelt sie)

TH: So, versuchen Sie das nochmal mit der Faust.

KL: (lacht und schüttelt sie nochmals) Arme Seele! Gewesen! Das ist vorbei.

Ich versuche, ihre innere Kommunikation mit dem armen, schwachen Teil über ihre Identifikation mit ihrer Vorgängerin zu verstärken und biete ihr an, zu ihr direkt zu reden. Die Klientin ist einverstanden und muntert ihr Gegenüber auf, die alten, selbsterniedrigenden Verhaltensmuster zu unterbrechen und sich nach einer Hilfe umzusehen, statt sich zu beweinen und zu zittern. Sie solle ihre Wurzeln suchen, so wie sie selbst es getan habe – jetzt wisse sie darum. Als sie Wurzeln spürte, habe sie stehen können und als sie stehen konnte, habe sie die Arme ausbreiten können.

Am neuen Arbeitsplatz habe sie auch bereits positive Erfahrungen mit ihren Fähigkeiten gemacht. Sie fährt fort, über ihr sich veränderndes Selbstkonzept zu sprechen. Wenn es früher fast ausschließlich negativ definiert war, so beschreibt sie jetzt neue Aspekte:

KL: (laut und kräftig) Ich bin zwar keine Leuchte, aber ich habe einen guten Hausverstand und die neue Vorgesetzte hat mich auch schon bestätigt. Ich bin gar nicht so blöd, wie es bisher immer aussah.

Im weiteren Verlauf betont die Klientin die Veränderung, die sie spürt:

KL: Ich sage Ihnen eins: in der letzten Woche sind mehrere solche Sachen passiert. So habe ich z. B. meinem Freund die Meinung gesagt, daß er blöd geschaut hat.

Ich spüre, wie in der spontanen Freude über die Klientin auch ein Warnlicht im Hinterkopf aufleuchtet: „Aufpassen! Vielleicht fällst du jetzt auf den Wunsch der Klientin herein. Hat sie vielleicht gespürt, daß du ihr unbedingt wertschätzend leichter begegnen kannst, wenn sie stark und energisch ist?" Aus meiner Eigentherapie weiß ich, daß das Thema „stark sein" für mich ein wichtiges ist; und ich gehe davon aus, daß die Klientin dies auch gespürt hat. Ich nehme mir vor, auf diesen Aspekt besonders aufzupassen. Es ist für mich andrerseits aber auch klar, daß sich die Klientin an die großen Schmerzen ihrer Kindheit nur heranwagen kann, wenn sie vorher auch ihre starke Seite entdecken und damit experimentieren kann. Momentan läuft der Prozeß auf dieser Ebene; die Gefühle, die mit dem Schwachsein, Ausgeliefertsein verbunden sind, können noch nicht direkt erlebt werden, noch kann die Klientin nur darüber reden.

Am Ende der Stunde spricht die Klientin noch von der sich verändernden Beziehung zu ihrem Sohn und den damit verbundenen Konflikten.

KL: Ich habe einmal geschworen, nur für das Kind zu leben und jetzt merke ich, wie mir auch noch anderes wichtig wird: mein Freund, meine Arbeit.

Die 42. Therapiestunde

Ich will hier ausführlichere Transkripte einfügen, weil diese Stunde zentral für das Verständnis der inneren Welt der Klientin und ihres Bezugsrahmens ist. Die ödipale Inzestkomplikation als ein zentrales Element in der Genese der Zwangsneurose wird hier sichtbar.

In der vorhergehenden Therapiestunde war das Hauptthema die Sexualität und die Schwierigkeiten der Klientin damit gewesen. Dabei hatte ich wieder die in der 30. Therapiestunde berichteten sexuellen Erfahrungen mit ihrem Vater im Alter von ca. 6 Jahren eingebracht. Dabei hatte ich starken Widerstand von Seiten der Klientin gespürt. Jetzt in der 42. Therapiestunde setzt sich dieser Widerstand fort. Sie beginnt die Stunde mit Schweigen und sagt schließlich, daß sie nicht wisse, wovon sie heute sprechen soll. Auf meine Frage, ob es möglich sei, daß dies auch etwas mit der vorhergehenden Stunde zu tun habe, bestätigt sie das:

KL: Ich habe schon viel über die letzte Stunde nachgedacht und da werde ich das Gefühl nicht los (lacht verlegen), daß Sie das nur so meinen, daß Sie das falsch verstehen. Ich denke dauernd, Sie haben mich mißverstanden.

TH: Und da ärgern Sie sich auch über mich: Der will mir da etwas unterschieben, was ich nicht mag.

KL: (Pause) Ich habe an das alles noch nie so richtig gedacht, bis Sie mich darauf gebracht haben. Aber ... , sicher habe ich eine ... so eine Unruhe dabei, ob das wirklich so ist, oder ob das einfach so gewesen ist und sich mein Vater nichts dabei gedacht hat und das alles nur mir so vorgekommen ist – so vom Gefühl her einfach und daß das praktisch weiter nichts war.

TH: So eine Unruhe, sagen Sie.

KL: Ja, es ist mir lästig, so wie Sie das ausdrücken, das paßt mir nicht.

TH: Mögen Sie da genauer hinschauen und sagen, wie es Ihnen da geht?

KL: (irritiert) Ich sehe es so – Sie und ich – als ob wir da meinem Vater ein Unrecht täten. Glauben Sie mir das?

Die frühen radikalen Formulierungen von Rogers zum Widerstand waren mir zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt: „ ... vielmehr ergibt er (der Widerstand) sich in erster Linie aus einer mangelhaften Technik, mit den Problem und Gefühlsäußerungen der Klienten umzugehen.“ (Rogers in Pfeiffer, 1987, S. 55). Aber ich weiß, daß meine deutenden Formulierungen in der vorangegangenen Stunde einen wichtigen Punkt getroffen haben. Ich denke an den Grundsatz: „Nie gegen den Widerstand arbeiten, nur mit ihm.“ Ich will schon mein „Dranbleiben“ beenden, da ich mich frage, ob ich zu drängend bin da geht die Klientin zu meiner Überraschung von selbst weiter. Sie beginnt Zusammenhänge, Fragen, Hypothesen, Gefühle von Zweifel und Verwirrung zu formulieren, die mit den damaligen Ereignissen in Vaters Bett zusammenhängen:

KL: Und ich, weil ich mich immer vor ihm schäme, muß dann in weiten Pullovern herumlaufen, weil ich mir denke: Hauptsache, er sieht nichts. Weil ... weil sonst würde er mich auch so komisch anschauen.

TH: So komisch anschauen ... ja ...

KL: Ja, ich will nicht, daß er mich sieht, er soll nicht sehen, wie ich ausschaue.

TH: Was soll er nicht sehen?

KL: (ärgerlich) Wie ich gemacht bin. Nichts, er soll überhaupt nichts sehen von mir. Er soll meinen, daß da drunter nichts ist, verstehen Sie?

TH: Vor seinen Blicken wollen Sie sich schützen. Das ist Ihnen ganz, ganz wichtig.

KL: (irritiert, ärgerlich) Sonst würde der schauen. Der ist mein Vater! Der soll nicht schauen!

Pause

KL: Der, ja ich weiß nicht ... da ... der ... ich kann mir nicht helfen ... vor dem kann ich nicht normal sein. Ich gehe an ihm immer so vorbei (macht eine vor der Brust schützende und gebeugte Haltung), ich kann nicht gerade vorbei gehen. Ich ziehe auch nie einen Rock an, wenn er im Haus ist. Ich will nicht, daß er mich sieht.

TH: Er darf nicht sehen. Was will er sehen? Es ist schwer darüber zu reden.

KL: Die Beine, die Brust. Ich, ich ... ich habe zu dem kein normales Verhältnis wie eine Tochter zum Vater. Der soll mich nicht sehen, der fotografiert mich so.

TH: So schaut kein Vater.

KL: Der schaut mich an, wie ein Mann, nicht wie ein Vater. (Stimme zittert)

TH: Das tut weh und Sie schämen sich, das alles sagen zu müssen.

KL: (nickt)

Pause

KL: (leise) Nicht Vaterblicke. Ich habe für meinen Sohn andere Blicke. (ärgerlich) Ich kenne die Blicke von Männern, aber nicht beim Vater dürfen sie sein, das macht mich verrückt.

Meine Schwester und er haben da eine ganz andere Beziehung, die ist ganz normal. Mit mir stimmt etwas nicht und mit ihm. Oder ich bilde mir alles nur ein und spinne total.

TH: Das ist völlig egal. Es kommt nur darauf an, ob Sie das so spüren. Wenn ja, dann ist es so. Sie können Ihren Wahrnehmungen vertrauen.

KL: So ein Gefühl habe ich. Ich hab es. Ich kann es nicht leiden, wenn er irgendwo herum ist.
TH: Sie fühlen sich von ihm weiterhin sexuell belästigt.
KL: Nein, nicht so. Aber ... aber schon ... die Blicke machen mich ...
TH: Ein Vater schaut nicht mit geilen Blicken.
KL: (ruhiger) Ja, und das verkrafte ich nicht. Was weiß ich!
TH: Deshalb verstecke ich mich als Frau überhaupt.
KL: Deshalb renn ich in weiten Klamotten herum.
TH: Deshalb will ich mein Geschlecht auslöschen und neutral werden. Weder das eine, noch das andere.
KL: Ja, Sie haben es erfaßt. (Pause) In den Blicken sehe ich auch immer so etwas, wie wenn er mich verdammen, nein nicht verdammen, als ob er mich beschuldigen möchte. So: Ja, ja, Weib! (verächtlich) Billig! Sünde! Dagegen wenn er nichts sieht, denke ich: So bist du wenigstens gerettet, bist nicht sündhaft, nicht schuldhaft. Ich weiß nicht, spinne ich total?
TH: Trauen Sie sich ruhig. Ich weiß, es ist schwer, dies über den eigenen Vater zu sagen. Ich spüre, wieviel Kraft Sie das kostet.
KL: (zornig) Ich brauche keinen Mann, ich brauche einen Vater! Ich habe nie einen gehabt, verstehen Sie? Ich habe nie einen Vater gehabt. Ich habe jemanden gehabt, der mich in den Nächten herumgetragen hat und mir tragische Lieder vorgesungen hat, daß ich vor Weinen halb verzweifelt bin, wo ich mich noch genau erinnern kann. (heftig) Und der hat mir nur immer gesagt, daß alles, was mit dem Leben und mit Freude und mit Körper zu tun hat, alles Sünde ist.

Ich spüre etwas von dem Schmerz und von der Trauer, die hinter dem Zorn und der Wut liegen, die heute zum Ausdruck kamen. Ich spüre, daß die Klientin hier an einem zentralen Punkt ihres Leidens, ihrer Inkongruenzen angelangt ist. Ich spüre den Impuls, die Klientin tröstend zu berühren, aber ich fühle mich wie festgenagelt in meinem Stuhl und ich habe das Gefühl, daß es irgendetwas damit zu tun hat, daß ich auch ein Mann bin.

Erlebensbereiche „Sexualität“ und „Wut/Aggression“, die in dieser Stunde gegenwärtig sind – das eine als Thema, das andere als begleitendes Gefühl – werden im psychoanalytischen Verständnis des Zwanges als zentral angenommen. Dies führt mich zu Momenten während der Stunde, in denen ich eine Art „Theoriebegeisterung“ empfand. Etwa so: „Ha, Lehrbuchreif! Jetzt hat sie's, jetzt nur nicht locker lassen.“ Insgesamt ist für mich die Theorie im Kopf zwar sehr hilfreich für das „Verstehen“ aber eher störend für das „einfühlende Verstehen“. Ich bin mir während der Stunde manchmal unsicher, ob ich nicht überfordernd, zu drängend bin und die Auseinandersetzung der Klientin mit dem Thema „Sexualität–Vater“ zu sehr forciere. Im nachhinein scheint mir aber, daß die Klientin selber sehr intensiv am Erleben blieb und ich sehr wenig dazutun mußte. Insbesondere überrascht mich im nachhinein, daß die Klientin den anfänglichen Widerstand so rasch überwand und sich in das Thema förmlich hineinstürzte – begleitet zwar von den zwangs-läufigen Schuldgefühlen. Überhaupt scheint mir im Prozeß dieser Stunde die persönliche Ausformung der Zwangsdynamik der Klientin und ihr Hintergrund an emotionaler Deprivation in der Kindheit deutlich beobachtbar.

Am Ende der Stunde bleibt mir ein warmes, liebevolles Gefühl der Klientin gegenüber, das aus dem Gefühl des Verstehens und Begreifens kommt.

Die 52. Therapiestunde

Die Klientin beginnt wieder über das Verhalten von S., ihrem jetzigen Freund, zu klagen und zu schildern wie sie unter seinem Verhalten leidet. Er und P., der Vater ihres Kindes, seien inzwischen gute Bekannte geworden und würden sich in gemeinsamen Gesprächen abfällig über sie äußern. Auch habe S. wieder einmal gesagt, daß er sie nicht besonders gerne habe – nur eben ein bißchen. Sowohl S. als auch P. hätten immer wieder gesagt, sie solle sich nicht an sie hängen. Überhaupt seien sich die beiden sehr ähnlich.

Ich werde immer ärgerlicher beim Zuhören. Sie wiederholt und untermauert ihr altes negatives Selbstkonzept, in dem sie grundsätzlich die Rolle des armen Opfers einnimmt. Ich empfinde es als „Rückfall“. Vom Verstand her weiß ich, daß das Thema „nicht geliebt werden“ eine ungeheuer schmerzvolle und lebensbedrohliche Erfahrung für die Klientin gewesen ist, und doch bin ich ärgerlich. Erst nach der Stunde glaube ich verstehen zu können, daß es das Jammern, das Sich-Beklagen ist, das sie vor der unmittelbaren Erfahrung des Schmerzes schützt.

KL: Und es hat bis heute keinen Menschen gegeben, der mich wirklich gern gehabt hat. Das ist einfach so und da kann man nichts machen. Immer habe ich die anderen lieber als sie mich.

TH: (etwas grob) *Sie* haben ihn sich ausgesucht.

Ich sage ihr, daß ich mich an nichts Positives erinnern könne, das sie jemals über S. gesagt habe. Sie habe immer nur von seinem demütigenden, gewalttätigen Verhalten und von seiner sexuellen Manie erzählt. Auch P. habe sie sadistisch gequält, nur vielleicht etwas grobschlächtiger als S.

TH: Auf die Typen, die Sie so sadistisch behandeln, auf die fahren Sie ab.

KL: Ich weiß auch wieso; weil ich es nicht verstehen kann, daß die mich nicht mögen. Das ist der Punkt, deshalb komme ich von denen nicht weg. Ich verstehe das nicht.

Ich sage ihr, daß dies ebenso auf das Verhalten der Mutter und des Vaters zutreffe, und versuche weiter, sie mit ihrem aktiven Beitrag im Wiederinszenieren der alten Verletzungen zu konfrontieren. Ich erlebe mich als sehr drängend.

KL: (mit Tränen in der Stimme) Und wenn er (ihr Freund S.) überhaupt nicht mehr kommt, dann ist eben total alles leer. Die Leere ist sowieso immer da.

Sie faßt sich wieder und spricht weiter. Wieder konfrontiere ich sie mit dem Dreieck Vater–P.–S. und frage sie, in was sich diese drei Männer ähnlich sind. Beim Abhören des Bandes hatte ich den Eindruck, daß ich sehr wenig klientenzentriert und sehr auf das Konzept in meinem Kopf konzentriert war. Während der Stunde spürte ich das nicht, da wollte ich in meinem Ärger unbedingt verhindern, daß die Klientin in weitschweifiges Lamentieren versinkt. Aber im nachhinein kommt mir der Gedanke, daß ich da vielleicht auch etwas auslebe, das die Klientin im Verhalten ihrer Partner beschreibt: ein sadistisches Quälen – hier natürlich unter therapeutischem Mantel. Dieser Gedanke muß vorbewußt in mir dagewesen sein, denn ich sage der KL, daß, wenn ich vom Vater spreche, ich starke Abwehr von ihrer Seite spüre. Sie sagt, daß das Thema „Vater“ sie quälen würde. Und gleich anschließend:

KL: (mit zittriger Stimme) Und trotzdem, ich muß Ihnen sagen, wie ich jetzt diese unsagbare Leere in mir spüre.

TH: Wie ist dieses Gefühl?

KL: Mir kommt so vor ... seit gestern die ganze Nacht, jetzt den ganzen Tag, wie wenn ich mich auf einmal in einer anderen Sphäre aufhalten würde. (Pause) Und kein Mensch ist ... (seufzt) und kein Mensch ist erreichbar. Ein tiefes Gefühl von Alleinsein und da kommt keiner hin. (Pause) Und wegen diesem Gefühl habe ich vor Jahren so viel gelitten und bin auch in die Psychiatrie gekommen. (Pause) Und da habe ich auch meinen Sohn gebraucht, um überhaupt weiterleben zu können. Ich merke, daß auch er mir nicht helfen kann.

Die Klientin sitzt zusammengesunken da, mit Tränen in den Augen. Ich spüre, daß da in ihr etwas Elementares, Ungeheures vorgeht, es ist fast im Raum und erschreckt auch mich – eine grenzenlose Einsamkeit. Ich stehe auf, hocke mich neben sie und berühre sie am Arm. Ich habe Schuldgefühle wegen meiner bisherigen harten Interventionen und möchte etwas gutmachen.

TH: Heute aber können Sie dieses Gefühl deutlich und gut sehen, damals hatte es keinen Namen.

Behutsam leite ich sie an, die kleine M. da vor ihr in ihrer Einsamkeit zu beschreiben und zu schildern, wie es ihr geht. Weinend, leise und mit langen Pausen schildert die Klientin, was sie spürt. Ich spreche sie auch auf die Vertrautheit seit vielen Jahren mit diesem einsamen Raum an und frage sie, was sie den Menschen (z. B. den Eltern), die früher an den Grenzen dieses Raumes gestanden haben, sagen möchte.

KL: Daß sie mich nie gemocht haben.

TH: Beide?

KL: Die Mutter war radikaler. Der Vater war autoritär, aber anders, so ... so komisch. So als ob er aus Schuldgefühlen nett wäre, als ob er sich zusammenreißen müßte. (Pause) Es ist der alte Schmerz – das, was mir der S. gestern gesagt hat: daß er mich nicht richtig gerne hat. Immer, wenn ich das höre, kommt mir vor, ich werde ganz klein.

TH: Winzig, ganz klein.

KL: Ja, ich sehe, wie wenn ich zusammenschrumpfen würde und ich kann mich nicht mehr wehren und dann kommt mir vor, ich werde ganz winzig klein und das ist so gewaltig, das Gefühl „ich werde nicht gemocht“ ... ich weiß nicht was tun. Heute und vor 5 Jahren und als ich Kind war, immer das Gleiche und ich werde halb verrückt vor Schmerz. So eine Ohnmacht, Hilflosigkeit, totale Verlorenheit. Das spüre ich. Und dann sehe ich mich nicht mit 29 Jahren, auch nicht jetzt, hier bei Ihnen, da sehe ich mich ganz klein, so wie ein Kind.

TH: (immer noch neben ihr und ihren Arm berührend) Was möchten Sie mir jetzt sagen, so ganz klein, so wie Sie sich jetzt fühlen?

KL: (leise) Ich weiß nicht ... da weiß ich nichts mehr. Heute kann ich wenigstens darüber reden. So ganz fassungslos werde ich wie wenn ich irgendwo wäre ... ja sicher ... so fassungslos. So ist das. (Weint leise)

(Pause; TH berührt sie weiter am Arm und nimmt ihre Hand)

TH: Fassungslos, unglaublich.

KL: Ja, ich kann's nicht glauben. Es ist keine konkrete Reaktion da, so ein Hinnehmen ist da. Eben so ... so fassungslos. Ich kann nichts tun.

Am Ende der Stunde mache ich der Klientin noch den Vorschlag, zu dem kleinen Mädchen nochmals hinzugehen und ihr noch etwas zu sagen und/oder zu tun. Sie nimmt es in den Arm. Es entwickelt sich mit meiner

Unterstützung noch ein Spüren und Abwägen mit den Worten „ich mag dich“ und „ich verstehe dich“. Das letztere kommt klar zum Vorschein und die Klientin kann es deutlich sagen – auch im Unterschied zu früher.

Ich bin erstaunt, wie sehr eine therapeutische Beziehung, wenn sie, einmal tragfähig geworden ist, auch Fehler des Therapeuten vertragen kann: mein Gedrängele, Geschubse (noch dazu vielleicht in die falsche Richtung) und Wegabschneiden hat nicht verhindern können, daß die Klientin schließlich in Kontakt mit ihrem unmittelbaren Erleben, mit ihren erschreckenden Gefühlen kommen, sie beschreiben, ausdrücken und in ihren Zusammenhängen sehen konnte. Auf der Prozeßskala hält sie sich am Ende der Stunde im obersten Bereich in allen Funktionen auf.

Gesamtbewertung

Allgemeine Überlegungen

a) Zu allererst steht hier die Frage nach den Zielvorstellungen an, die der klientenzentrierte Psychotherapeut für seine Klientin im Auge hat. Es scheint dies ein Widerspruch zu der Aussage zu sein, daß nur der Klient selber sein Entwicklungsziel bestimmen darf/kann, da er allein wissen kann, was für ihn gut ist. Ich stimme aber mit Sachse (1986) überein, der meint, daß Therapeuten in hohem Ausmaß Klientenprozesse steuern und beeinflussen und daß die Annahme, die Selbstaktualisierungstendenz alleine führe den Klienten zu seinen Entwicklungszielen, nicht gerechtfertigt ist. Ich meine, daß je früher und umfassender die Störungen/Kränkungen sind, an denen der Klient leidet, desto häufiger auch vom Therapeuten eine aktive, stützende, richtungsweisende Haltung verlangt ist.

Der klientenzentrierte Ansatz formuliert als Ziel: Der Klient soll dazu gelangen, zu sich selbst die gleiche Beziehung aufzubauen, wie sie der Therapeut ihm anbietet (empathisch, wertschätzend, kongruent), d. h. er soll Inkongruenzen (innere Spannungen) abbauen bzw. verleugnete/verzerrte Erlebnisbereiche in sein Selbstkonzept integrieren und den sich in ihnen äußernden Bedürfnissen Geltung verschaffen können. Dazu bedarf es der Klärung des inneren Bezugssystems, d. h. der Klient soll größere Klarheit über eigene Gefühle, gefühlte Bedeutungen, Verhaltensweisen, Zusammenhänge und auch über die Beweggründe seines Handelns und Fühlens erreichen. Insgesamt geht es also um eine Erweiterung des Selbstkonzeptes. „Innerhalb des Gesprächstherapiemodells kann eine Wirksamkeitsprüfung (deshalb) nicht an Therapiezielen erfolgen, die über eine Betrachtung der Veränderung der Beziehung, die der Klient zu sich selbst, hinausgeht.“ (Biermann-Ratjen et al., 1981, S. 48). Und: „Beide, Therapeut und Klient, können also die Frage, ob eine Veränderung durch Psychotherapie erfolgt ist oder nicht, beantworten durch ihr Gefühl.“ (Biermann-Ratjen, 1985, S. 110).

Hinzufügen möchte ich noch eine für mich persönlich wichtige Aussage in diesem Zusammenhang: „Der Weg ist das Ziel.“ Dabei verstehe ich „Weg“ als Prozeß. Dies meint wohl auch der Satz von Biermann-Ratjen et al. (1981, S. 12): „Im therapeutischen Prozeß ist nicht so sehr das Gelingen der therapeutischen Beziehung das therapeutische Agens, sondern das ständige aktive Bemühen des Therapeuten um diese therapeutische Beziehung.“

b) Im Sinne der Prozeßdiagnose und auch mitbedingt durch meine relative Unerfahrenheit habe ich erst allmählich die Tiefe und das Ausmaß der psychischen Problematik der Klientin gesehen. Dies löste dann auch Befürchtungen/Ängste im Hinblick auf meine Kompetenz aus. Besonders das so stark negative Selbstkonzept und der Anspruch, auch damit unbedingt wertschätzend umzugehen, bereitete mir oft Schwierigkeiten. Ich versuchte meinen Ängsten auch dadurch zu begegnen, indem ich nach theoretischen Erklärungsmodellen suchte. Rogers (1983, S. 48) sagt: „Akzeptieren bedeutet wenig, solange es nicht Verstehen enthält.“ Und Verstehen ist nun einmal nicht nur ein emotionales Geschehen (einfühlendes Verstehen), sondern auch ein kognitives. Mir gefällt gut die Differenzierung zwischen „begreifen“ (italienisch: comprendere) und „verstehen“ (italienisch: capire; wobei capo = Kopf).

Hilfreich waren dabei für mich Überlegungen verschiedener Autoren zur Frage, inwieweit „Verstehen“ des Klienten eine wichtige Voraussetzung für Empathie ist bzw. inwieweit „Verstehen“ auch auf theoretisches Wissen, spez. auf Wissen über entwicklungspsychologische Gesetzmäßigkeiten, angewiesen ist – besonders wenn es sich um frühgestörte Klienten handelt. […]

In der psychiatrischen Literatur wird der Zwangsneurose eine ungünstige Prognose zugeschrieben. Ich kann für mich sagen, daß die psychoanalytischen Konzepte zur Zwangsneurose mir einerseits Sicherheit und Orientierungshilfe gaben und Angst nahmen, andrerseits ich aber deutlich die andere Seite spürte: die Gefahr, diese Konzepte der Klientin überzustülpen, ihre Mitteilungen nur anhand der theoretischen Kategorien zu lesen, ev. Deutungen nicht im Sinne von Bearbeitungsangeboten zu geben, sondern als Fakten zu setzen, an den Inhalten kle-

ben zu bleiben und die emotionalen Bedeutungsgehalte zu vernachlässigen – d. h. also, den Boden des klientenzentrierten Konzeptes zu verlassen. Es gab beim Abhören der Bänder Momente, wo ich innerlich aufstöhnte über soviel Nicht-Klientenzentriertheit.

Prozeßanalyse

a) Wenn ich zurückschaue auf den Prozeß, den die Klientin und ich in diesen zwei Jahren durchlaufen haben, so habe ich das Gefühl, daß sie mich mitgenommen hat auf einen Weg, der begonnen hat in einer unübersichtlichen, dunklen Landschaft, in der ungeschlachte Felsbrocken wirr herumliegen und jede Sicht versperren. Allmählich entdecken wir Formen, Farben, Gestalten in diesen Klötzen. Das Betrachten, Beleuchten, Umrunden, Ersteigen, Betasten einzelner eröffnet Ausblicke auf die Landschaft. Anordnungen, Muster, Ähnlichkeiten Zusammengehörigkeiten, Gesetzmäßigkeiten, Unterschiede, Bedeutungen werden sichtbar.

Langsam führt der Weg hinaus in eine beängstigende, leere Wüste. In dieser Wüste gibt es nur eine Möglichkeit, dem Verrücktwerden zu entgehen: der zwanghafte Kampf mit Gott in der Vertikalen, denn in der Horizontalen der menschlichen Beziehungen war einmal nichts und ist heute nur wenig. Am Rande dieser Wüste stehen wir heute und reden über sie. Die Klientin zögert weiterzugehen. Ausgerüstet ist sie mit einem Überlebenswillen, dessen sie sich gar nicht bewußt ist, mit Kraft, die sie sich auf dem gemeinsamen Weg bisher geholt hat, mit dem Wissen um meine Begleitung und mit der schwachen Hoffnung (und der Angst), daß es irgendwo vielleicht wirklich ein neues Land geben wird.

Oft kehrt sie um und geht zurück in das vertraute Labyrint der konkreten großen Felsen. Dann spüre ich manchmal Ärger und Ungeduld, aber manchmal bin ich auch ängstlich und habe Zweifel an meinen Fähigkeiten und Kräften angesichts dieser Drohung der Leere. Ich bewundere sie aber auch und staune über ihre zähe Kraft. Sie ist aber insgesamt stärker geworden und vielleicht wird eine Durchquerung der Wüste möglich oder zumindest denkbar, vielleicht auch nicht, vielleicht braucht sie dafür einen anderen Begleiter als mich.

TH: (43. Stunde) Und obwohl ihre Eltern sie nicht gewollt haben und obwohl sie Sie nicht geliebt haben und obwohl Sie nicht die sog. körperlichen Idealmaße haben und obwohl Sie bedroht werden – trotzdem leben Sie. Trotzdem. Trotz alledem. Welche Lebenskraft!

KL: (lacht) Ja! Trotzdem, trotzdem! Das merk ich mir: trotzdem.

b) Dies führt mich weiter zu meiner Person und meiner Eigentherapie. In meiner Geschichte war wenig Raum für Kind-sein-Dürfen, und da steht diese Klientin vor mir und muß und will ausgiebig Kind sein. Ich spürte da oft das schiere Gegenteil von unbedingter Wertschätzung und sah, wie ich z. B. aggressive Gefühle elegant in die sog. Ergänzungsvariable „Konfrontation“ (Minsel, 1974) verpackte. Besonders die öfter weinerlich-klagende Tonlage ihrer Stimme und ihr oft schlaffer Händedruck lösten solche Gefühle in mir aus. Ohne die theoretischen Hilfsinstrumente, die mir ermöglichten, besser zu verstehen, welches Kind diese Klientin einmal gewesen war, und ohne die Einzel- und Gruppenstunden in meiner Eigentherapie und ohne vielfältige Selbsterfahrung in verschiedenen Seminaren hätte ich mich von „einfühlendem Verstehen“, von „unbedingter Wertschätzung“ und von „Kongruenz“ wohl immer weiter entfernt.

c) Mit meiner Ungeduld hat mich die Klientin konfrontiert, mit meinem „Resultate und Fortschritte sehen wollen“, mit meiner eigenen oft strengen, lieblosen, ungeduldigen Haltung mir selber gegenüber. Der Fuchs sagt zum Kleinen Prinzen: „Die Menschen haben keine Zeit mehr, irgendetwas kennenzulernen. Sie kaufen sich alles fertig in den Geschäften.“ Auch ich schielte und griff öfter nach den sog. erlebnisaktivierenden Methoden aus dieser Stimmung heraus.

d) Es gab Momente, da habe ich gefühlt, daß eine Begegnung stattgefunden hat bzw. angeklungen ist […], und da habe ich mich erinnert gefühlt an das Bild von Rogers, in dem „sowohl der Klient wie ich am Ende der Stunde wie aus einem tiefen Brunnen oder Tunnel auftauchen“ (Rogers, 1983, S. 200). In diesen seltenen Momenten hatte ich nach der Stunde das Gefühl, reicher und schwerer geworden und der Klientin dankbar zu sein. Überhaupt sehe ich, daß mich über diese zwei Jahre der Arbeit mit der Klientin ein Gefühl begleitet hat – manchmal deutlich, manchmal leise, manchmal war es still – das ich Klienten gegenüber bisher noch nie in dieser Deutlichkeit wahrgenommen habe: ein Gefühl des Respektes und der Hochachtung. Ist es nicht unglaublich, welche Kraft und Stärke Klienten im Laufe ihrer Geschichte oft zeigen in ihrem Überlebenswillen auch unter lebensfeindlichen Bedingungen? Ich finde, daß diese meine Klientin eigentlich eine Heldin ist.

e) Inhaltlich sehe ich im Erleben der Klientin folgende Schwerpunkte:

1. Nicht akzeptiert/geliebt werden
2. Verzweiflung, Angst, Schmerz, Leere
3. Enttäuschung, Zorn, Wut, Haß, Aggression
4. Sich selbst bestrafen, quälen; Scham
5. Ekel, Verachtung
6. Großes Bedürfnis, doch noch Zuwendung und Liebe von den Eltern zu bekommen
7. Angst und Weigerung, erwachsen zu werden

In den geschilderten sechs Therapiestunden sind außer Punkt 5 alle Themenbereiche angeklungen. Am ausführlichsten wurde im Laufe des Prozesses mit den Themen 1/2/3/4 (im Sinne einer Integrierung ins Selbstkonzept) gearbeitet. Dabei fiel mir selbst am leichtesten die Arbeit mit den Punkten 3/7 – da war auch Vergnügen dabei. Zu den Punkten 4/5/6 spürte ich am wenigsten emotionalen Zugang – da stehen Fragezeichen herum. Bei der schwarzen Tiefe der Punkte 1/2 wurde mir manchmal selber bang und der Blick hinunter war·manchmal schwer auszuhalten.

Wahrscheinlich habe ich bisher die Arbeit der Klientin mit den Punkten 3/7 ermutigt und sehr gefördert, jene mit den Punkten 4/5/6 weniger und behindert habe ich vermutlich die Konfrontation mit den Themen 1/2. Ich denke, daß ich im Umgang mit meinen depressiven, schwachen Teilen noch einigen Weg vor mir habe und ich deshalb die Klientin auch nicht so weit begleiten konnte, wie sie es gebraucht hätte. Momentan spüre ich da für mich eine Grenze.

f) Die Klientin selbst hat bisher bei mehreren Anlässen geäußert, daß es für sie deutlich ein „vor der Therapie“ und ein „seit der Therapie“ gebe. Letzteres sei vor allem durch mehr Sinn, Bedeutung, Verstehen gekennzeichnet – das „Vorher“ sei etwas Bedrohliches, Unverständliches, Chaotisches gewesen, das sie von außen überfallen hat.

g) Ich sehe, daß „unbedingte Wertschätzung“ mir spontan leichter fällt, wenn die Klientin ihre starke, energische, zornige Seite zeigt. Es war für mich der wesentlichste Teil des Therapieprozesses, diese Tatsache im Auge zu behalten und nicht zu sehr in den Vordergrund treten zu lassen (nach dem Mechanismus: „Wenn du zu schwach bist, dann mußt du eben stärker werden.“). Andersherum ausgedrückt: Ich habe Vertrauen entwickeln müssen in mich, in die Klientin und in unsere Beziehung, um ihr erlauben zu können, sich in ihrer kindlichen Bedürftigkeit zeigen zu können und ihr in mütterlicher Weise beizustehen. Ich habe die Angst abbauen müssen, daß ich durch Zulassen dieses Teils ihr von Anfang an so stark demonstriertes negatives Selbstkonzept noch verstärken könnte. Am deutlichsten ist dieser Prozeß sichtbar geworden am langsamen Einbringen der zentralen Zwangsthematik. Dies war für die Klientin sehr stark mit Scham besetzt. Erst als nach fast 50 Stunden der größte Teil dieser Scham und die damit verbundene Angst, dafür abgelehnt zu werden, erlebt werden konnten, war ein bedeutender Schritt im Prozeß getan: das schreckliche Geheimnis war ausgesprochen und sie wurde nicht verstoßen und die Scham wurde verstanden und durfte sein.

Ich habe mich in der Arbeit mit der Klientin überhaupt öfter an die Funktion des „Beichtvaters“ in der katholischen Religion erinnert (provoziert durch die religiöse Thematik der Klientin): Die Sünden dürfen ausgesprochen werden, sie werden aufgenommen und transformiert und verstärken so die Beziehung zu Gott – bzw. in der psychologischen Terminologie die Beziehung zu sich selbst. Besonders durch die Definition bestimmter emotionaler Erregungszustände als „Besessenheit von einem bösen Geist“ legte mir die Klientin die Rolle des Exorzisten nahe. Hätten wir hier das entsprechende gemeinsame Weltbild, den gleichen konzeptuellen Rahmen […] gehabt, so wären unsere respektiven Rollen eben entsprechend benannt gewesen.

Die Klientin war jedesmal sehr dankbar, wenn ich in bestimmten Situationen den begrifflichen Rahmen der katholischen Religion benutzte bzw. seine Verwendung als eine Möglichkeit andeutete. Ich glaube, daß größere Gemeinsamkeiten in diesem weltanschaulichen Bereich insgesamt hilfreich gewesen wären.

h) Heute steht die Therapie in der 65. Stunde. Ein wichtiges Thema ist z. Z. das Verlassen des Elternhauses. Die Zwangssymptomatik tritt noch ab und zu aber in abgeschwächter Form auf – besonders in Zeiten, in denen sich die Klientin sehr einsam fühlt.

In der letzten Stunde hat die Klientin gefragt, ob in Zukunft die Therapiestunden in l4tägigem Abstand sein können. Das Thema „Abschied/Trennung“ war bereits mehrere Male angesprochen worden.

KL: ... und wenn ich früher Ihre beiden Hände gebraucht habe, dann glaube ich, daß ich jetzt nur noch ein paar Finger brauche.

Literatur:

Biermann-Ratjen E-M (1985) Wo bleibt die kindliche Entwicklung in der Gesprächspsychotherapie? GwG-info 59 (Juli)

Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (1981) Gesprächspsychotherapie. 2. durchges. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Hart JZ, Tomlinson TM (Hrsg) (1970) New directions in client-centered therapy. Boston

Minsel WR (1974) Praxis der Gesprächspsychotherapie. Graz

Pfeiffer WM (1987) Der Widerstand in der Sicht der klientenzentrierten Psychotherapie. GwG-Zeitschrift 66 (März)

Rogers CR (1983) Entwicklung der Persönlichkeit (Original 1961)

aus: Demichiel, E. (1994). Falldarstellung. Psychotherapie Forum, 4, S. 52–63.

Beispiel 13.2
Gesprächsprotokoll eines Focusing-Prozesses

Das Fallbeispiel einer Klientin mit Angst vor „engen Beziehungen" verdeutlicht:
- wie der Therapeut die Klientin anregt, ihr Problem körperlich zu erleben,
- wie der Therapeut die Klientin durch den Symbolisierungsprozess begleitet, gemeinsam mit ihr Bedeutungsmöglichkeiten sucht und so für sie der emotionale Gehalt eines Themas besser erfahrbar wird.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf das Kapitel:
- 13.6 Experiencing und Focusing

Bei der Klientin handelt es sich um eine 48jährige Frau, die sich in Gesprächspsychotherapie befindet. In der bisherigen Therapie wirkte die Klientin sehr therapiemotiviert und hoch selbstexplorativ.

Th: Lassen Sie bitte das ganze Problem „enge Beziehungen" noch mal an sich heran.
Vergegenwärtigen Sie sich das ganze Problem noch mal, steigen Sie aber nicht in Details ein, sondern lassen Sie das ganze Problem nur mal auf sich wirken! – Pause – Geht das?

Anregung, das Problem wieder „hereinzuholen"

Kl: Mmmh.

Die Klientin kann das Problem wieder hereinholen.

Th: Bleiben Sie bitte mal so bei dem Problem „enge Beziehungen" – mit allem, was damit für Sie verbunden ist.
Lassen Sie das mal auf sich wirken und gucken Sie mal bitte, ob das in Ihrem Körper irgendetwas auslöst oder irgendetwas macht.

Anregung zur Entwicklung des felt sense

Kl: Mmmh. Ja.
Th: Mögen Sie mal beschreiben, was Sie spüren?
Kl: Ich spüre in der Magengegend einen Druck.
Th: Einen Druck.
Kl: Einen kleinen Druck – wie eine Kugel.
Th: Gucken Sie mal weiter durch den Körper – ob da sonst noch etwas ist?
Kl: Ja, meine Augen – bißchen Kribbeln und etwas Feuchtigkeit.

Die Klientin entwickelt verschiedene Körpergefühle als „Vorläufer" für einen möglichen, späteren felt sense

Kl: Kribbeln und Feuchtigkeit.
Pause
Th: Können Sie beides noch deutlich spüren? So den Magen und die Augen? Oder ist es eher diffus?
Kl: Nein, der Magendruck ist schon sehr deutlich.

Die Klientin stellt nun eines der Körpergefühle in den Focus der Aufmerksamkeit und bildet einen stabilen felt sense aus.

Th: Konzentrieren Sie sich jetzt mal auf diesen Druck im Magen und gucken Sie mal, ob etwas aus diesem Gefühl entsteht – ein Wort, ein Bild oder ein Satz.

Der Therapeut regt die Klientin an, ein zu dem Körpergefühl gehöriges Symbol zu finden.

Kl: Tja, – es ist so wie die Schnalle eines Gürtels. Zwei Ringe, die ineinandergreifen.

Die Klientin entwickelt ein erstes Vorsymbol zu dem felt sense.

Th: Zwei Ringe einer Schnalle
Kl: Ja. (Pause) – Nein, es sind mehr zwei Hände, die ineinandergreifen. Und ganz verhakt sind.
Th: Ineinandergreifende Hände.
Kl: gleich Mmh. (Pause)
Th: Was ist das? Zwei ineinandergreifende Hände?

Der Therapeut regt die Klientin zur Präzisierung und Ausarbeitung dieses Vorsymbols an.

Kl: Mmh. Ich weiß nicht
Pause
Th: Ist der Druck noch da? Können Sie den noch spüren?
Kl: Ja, ganz deutlich.

Da die Klientin der Aufforderung, das Symbol zu vervollständigen, nicht nachgekommen ist, überprüft der Therapeut mit Hilfe der Validierung des felt sense und des Symbols, ob die Klientin beide Bedeutungselemente noch verfügbar hat.

Th: Und die Hände? Ist das Bild noch da?
Kl: Ja auch – die halten sich fest, die Hände.
Th: Die halten sich fest.
Th: Sagt Ihnen das was? Sich festhalten ?

Nachdem der Therapeut sich vergewissert hat, daß die Klientin sowohl zur gefühlten Bedeutung wie zu dem daraus entstandenen Symbol noch deutlichen Zugang hat, wiederholt er seine Anregung zur Ausarbeitung des Symbols.

Kl: Mmh – Jetzt ändert sich das Bild etwas – die eine Hand löst sich ein bißchen und geht unter die andere Hand. Das ist irgendwie ein unangenehmes, nein eher ein komisches Gefühl.
Th: Ein komisches Gefühl.
Kl: Ja, (Pause) – – Nein, es ist wirklich nicht unangenehm, denn die Hand ist ja noch da. Nur tiefer, aber eigentlich – es ist eigentlich ein ganz sicheres Gefühl. – Sie kann mich ja noch halten. Ich hab auch so genug Schutz.

Die Klientin konnte nun Aspekte des Symbols verändern, woraufhin der Therapeut die Klientin um eine Prüfung der Stimmigkeit der bei den Bedeutungsebenen bittet.

Th: Wenn Sie jetzt dieses Bild mit dem Gefühl im Magen vergleichen, ist es ein gutes Bild?
Kl: gleich Mmh. (Pause)
Th: Ist der Druck im Magen noch da?
Th: Und das Bild noch deutlich?

Auch hier scheint die Klientin durch dieses weitergehende Prozeßangebot des Therapeuten zunächst überfordert zu sein. Aufgrunddessen stellt der Therapeut noch einmal Validierungsfragen, so daß er sichergehen kann, daß die Klientin noch Kontakt zu dem felt sense und dem Symbol hat, und er wiederholt dann seine Anregung zum Vergleich der beiden Bedeutungsebenen.

Kl: Ja. ich kann schon beides spüren – es ist beides ganz nah da.
Th: Schauen Sie sich mal beides in Ruhe an. Das Bild und den Druck im Magen – vergleichen Sie das mal – Paßt das?
Kl: Ja, mmh. Ja das ist schon ganz gut.
Th: Was ist jetzt mit dem Druck? Gehen Sie noch mal dahin. Hat sich da was verändert?
Kl: Ja, ich fühl mich irgendwie leichter. – Der Druck läßt nach. Mmh.
Th: Was ist jetzt?

Kl: Der Druck ist fast weg.
Th: Der Druck ist fast weg.
Kl: Ja, ich fühle mich jetzt eigentlich ganz gut – leicht.
Kl: Mmh, das paßt wirklich ganz gut. (Pause) – Als die Hand meines Mannes ein bißchen wegging – also als er so ein bißchen mehr Abstand von mir nahm – habe ich erst Angst bekommen. Aber das Bild stimmt schon – es ist eigentlich ein ganz angenehmes Gefühl – die Hand ist ja gar nicht ganz weg – er ist ja da, es ist sicher – und ich hab trotzdem auch etwas mehr Platz – mehr Raum für mich. (Pause)

Die Klientin ist nun in der Lage, die Stimmigkeit der beiden Bedeutungselemente zu beurteilen. Nach einer gelungenen Ausarbeitung des Symbols erlebt die Klientin einen körperlich spürbaren felt shift und kann die durch den Focusingprozeß gewonnenen Erfahrungen zu ihrem Problem in Beziehung setzen und ein erweitertes Verständnis ihrer Problemlage erlangen.

Th: Was bedeutet das für Sie – mehr Platz und Raum haben – aber die Hand ist noch da?
Kl: Ich merke jetzt, daß ich mich etwas aus der Beziehung lösen kann – daß ich etwas mehr Abstand finden kann, ohne daß ich abstürze (kurze Pause). Mir ist jetzt klar – ich hab immer Angst gehabt, wenn ich etwas Abstand habe, dann ist die Beziehung in Gefahr, dann kann das nicht so weitergehen. Da habe ich Angst, daß ich ganz allein bin.
Th: Die Angst abzustürzen, ganz allein zu sein.
Kl: Ja, aber die Enge kann ich auch nicht aushalten – das geht so auch nicht weiter, das schnürt mich ganz ein.
Th: Jetzt merken Sie, daß die Enge nicht nötig ist – Sie stürzen nicht ab, wenn Sie etwas Distanz haben.
Kl: Ja, das ist mir jetzt deutlich. Ich habe jetzt keine Angst mehr, etwas mehr Abstand zu haben – ich denke, ich werde immer noch gehalten – ja, ich kann das jetzt ganz deutlich spüren – ich werde trotzdem noch gehalten.
Th: Wie ist das jetzt für Sie?
Kl: Das ist ein sehr angenehmes Gefühl – der Druck ist ganz weg und mein Bauch fühlt sich ganz warm an.
Pause
Th: Was wäre jetzt gut für Sie?
Kl: Ich würde gern aufhören. Ich denke, das ist in Ordnung so.

Kommentar:
Das Focusingbeispiel zeigt, daß die Klientin, die in den bisherigen Sitzungen der Gesprächspsychotherapie einen sehr guten Zugang zu ihrem Erleben hatte, auch in einem Focusingprozeß sehr erfolgreich ist. So gelingt es ihr leicht, Kontakt zu ihrem Körper zu finden und aus dem felt sense recht schnell ein Bild entstehen zu lassen. Auch der Symbolisierungsprozeß verläuft relativ unproblematisch – die Klientin findet ein Bild und kann dieses Symbol konsistent weiterentwickeln. Der felt shift ist sehr deutlich und auch die Erkenntnis, die die Klientin durch den Focusingprozeß gewinnt, ist stimmig und wird von der Klientin dann in der nächsten Psychotherapiesitzung auch noch weitergeführt. Die Klientin hatte vorher bzgl. dieses Themas „enge Beziehungen“ den Eindruck, nicht so recht weiterzukommen, ein diffuses Unbehagen zu spüren, aber eigentlich nicht zu verstehen, was dieses Gefühl für sie bedeutet bzw. wie sie dieses Problem für sich angemessen lösen kann. Die Focusingsitzung bringt ihre Bearbeitung jedoch „wieder in Gang“: Sie hat nun neue Anhaltspunkte, die sie in der Therapie weiter ausbauen und verfolgen kann. Dies erscheint uns als ein wesentlicher Aspekt des Focusing: die emotionale Verarbeitung wieder zu vervollständigen, den Prozeß weiterzuführen und einer weiteren Bearbeitung durch die Klientin zuzuführen. Dies wird gerade in dem vorliegenden Beispiel sehr deutlich. Es zeigt sich auch, daß das Focusing hier eine Art von Zugang zu der emotionalen Verarbeitung schafft, der in der Therapie ohne die explizite Anregung eines Focusingprozesses bisher nicht möglich war. Hier stellt das Focusing also eine wesentliche Ergänzung der gesprächspsychotherapeutischen Methodik dar, gerade, wenn es darum geht, affektive Schemata, die dem Bewußtsein der Klienten sonst nicht ohne weiteres zugänglich sind, deutlich und bewußt zu machen.

aus: Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). Focusing. Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren. Bern: Huber. S. 95–99.