

Die Therapiebeziehung

Man kann zwanzig Aspekte der Therapiebeziehung differenzieren und reflektieren. Auch wenn in der QM-Studie von Sulz et al. (2003b) nur wenige dieser Aspekte ein Indikator für die Qualität der therapeutischen Beziehung sind, so werden die weiteren Aspekte doch bedeutsam, wenn sich eine Störung in der therapeutischen Beziehung eingestellt hat. Deshalb werden hier zunächst alle Aspekte kurz berücksichtigt und anschließend wird eine sehr kurze Checkliste zur Prüfung der Qualität der Therapiebeziehung vorgeschlagen.

1. Kenne ich die zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse des Patienten?

Der Patient versucht, auch dem Therapeuten gegenüber seine zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse zu befriedigen. Wer viel Anerkennung braucht, wird sich so verhalten, dass der Therapeut ihn lobt. Wer Geborgenheit braucht, versucht, den Therapeuten zu warmherzigem, emotional versorgendem Verhalten zu bewegen. Wem Selbstbestimmung sehr wichtig ist, wird sich nur dann auf ein Vorhaben einlassen, wenn es seine eigenen Entscheidungen sind. Wenn Abhängigkeits- und Autonomiebedürfnisse ihm Konflikt stehen, wird vielleicht zuerst ein schützendes, führendes Therapeutenverhalten bewirkt. Dessen Initiative frustriert dann aber das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und wird deshalb abgelehnt. Der Therapeut weiß nicht, wie ihm geschieht, wenn er nicht beide Botschaften wahrnehmen und entziffern kann. Der Therapeut kann also im günstigen Fall an seiner Gegenübertragung erkennen, welches Bedürfnis der Patient hat. Sicherer ist es, die Bedürfnisse mit VDS27 „Meine Bedürfnisse“ zu erfassen. Daraus geht auch hervor, wie der Patient typischerweise mit seinen Bedürfnissen umgeht. Zeigt er sie, lässt er sich nichts anmerken, gibt er anderen, was er selbst bräuchte? Nur wenn ich auch den typischen Umgang mit zentralen Bedürfnissen kenne, kann ich als Therapeut von seinem Verhalten auf seine Bedürfnisse schließen.

2. Befriedige ich berechnigte Bedürfnisse des Patienten?

In der Therapieforschung gilt die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie (vergl. Grawe 1998). Vor allem zu Beginn der Behandlung sollte der Therapeut zentrale Bedürfnisse des Patienten befriedigen. Wie geschieht dies? Wie befriedige ich in der Therapiesitzung nach Geborgenheit, nach Schutz, nach Liebe oder nach Bewunderung? Wie kann ich Bedürfnissen nach Selbständigkeit, Selbstbestimmung, nach Grenzen, nach einem Vorbild oder nach einem authentischen Gegenüber gerecht werden? Und wie soll mit dem Bedürfnis nach Erotik, Hingabe und Zärtlichkeit umgegangen werden? Einige Bedürfnisse muss der Therapeut erfüllen und er muss herausfinden welche. Auch wenn er ein Bedürfnis des Patienten nicht befriedigen kann, darf oder will, akzeptiert er ausdrücklich diese Regung des Patienten. Will der Therapeut ein Bedürfnis nicht befriedigen, so sollte es möglich sein, darüber so zu sprechen, dass der Patient sich nicht schämen muss. Kann und will der Therapeut das Bedürfnis befriedigen, so besteht dadurch die Chance zu einer korrigierenden Erfahrung (Alexander 1958). Der Patient erfährt berechnigte Bedürfnisbefriedigung, ohne dafür Bedingungen erfüllen zu müssen.

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

Ein großer Teil des Beziehungsangebots des Patienten ist durch die Vermeidung einer zentralen Bedrohung gekennzeichnet. Wenn ich weiß, was der Patient von mir fürchtet, verstehe ich viele Reaktionsweisen besser. Wenn ich weiß, dass für ihn eine große Gefahr in unserer Beziehung lauert, die er unbedingt bannen muss, kann ich ein Gefühl dafür entwickeln, welche meiner Reaktionen seine Angst ansteigen lassen, so dass er sofort etwas tun muss, um die Angst zu

verringern. Wenn ich mit dem Patienten über problematische Beziehungsepisoden spreche, wird aus seinen Schilderungen seine zentrale Angst meist ersichtlich. Gezielter kann dies mit VDS28 „Meine zentrale Angst“ erfasst werden. Hat der Patient Angst vor Trennung und Alleingelassen werden, so wird er sich mir gegenüber vielleicht sehr dependent anpassen und keinen gegensätzlichen Standpunkt vertreten. Fürchtet er die Kontrolle über die Situation und über mich zu verlieren, so kann er sich mir nicht wirklich anvertrauen und auf meine Vorschläge eingehen. Große Angst vor Hingabe kann dazu führen, dass keine stabile und tragfähige Beziehung entstehen in der Therapie entstehen kann.

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

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

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

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

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

„Ihr Gesichtsausdruck hat sich verändert. Wollen Sie mir sagen, was für ein Gefühl gerade da ist?“ oder „Wie geht es Ihnen mit dem was ich gerade sagte?“ Der Gesichtsausdruck, die Körperhaltung verändern sich leicht oder der Körper gerät in Bewegung. Es kann auch sein, dass uns die Augen die Emotion verraten. Wen wiederholt die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, lernen Therapeut und Patient schnell, Ärger zu erkennen und das Thematisieren wird eine unspektakuläre Selbstverständlichkeit. Wenn zuvor vereinbart wurde, dass Umgang mit Ärger ein Therapieziel ist, fühlt sich der Patient nicht ertappt, sondern kann selbst mit einer Verhaltensanalyse seiner Ärgerreaktion beginnen: „Was macht mich denn ärgerlich? Ist der Ärger situationsadäquat? Ich

entscheide mich jetzt, ihn auszusprechen. Ich sage, welches Therapeutenverhalten ich mir stattdessen wünsche.“ Der Patient lernt so, seinen Ärger schneller bewusst wahrzunehmen, sich bei seinem bisherigen Umgang damit zu beobachten und sein Verhalten zu korrigieren. Er macht diese Abläufe für den Therapeuten öffentlich und kann z. B. mitteilen, dass er gerade wider den Muskeltonus in Armen und Beinen sehr stark erhöht hatte. Ärger kann dem Therapeuten zeigen, dass er einen wesentlichen Aspekt noch nicht verstanden hatte und deshalb dem Patienten nicht gerecht wurde. Er kann sich dafür entschuldigen und vom Patienten wieder etwas lernen.

7. Nehme ich meine Gefühle in der Therapiesitzung wahr?

Es kann sein, dass ich mich als Therapeut so sehr auf den Inhalt des Gesprächs konzentriere, dass mir meine Gefühle lästig bei der Arbeit sind oder sie mir nicht der Beachtung und Rede wert erscheinen. Macht mich ein Ereignis sehr betroffen, ärgert mich die Distanzlosigkeit, ängstigt mich eine unausgesprochene Aggressivität, reagiere ich deprimiert angesichts des als ausweglos geschilderten Gefühlschaos meines Patienten, freut mich die Veränderung in Kleidung und Auftreten, bin ich traurig, weil der Abschied von einem lieb gewonnenen Menschen ansteht? Das in der Therapiestunde auftretende Gefühl des Therapeuten ist oft sein wichtigstes Diagnostikum. Es ist auch Zeichen von „in Beziehung mit dem Patienten sein“, indem der Therapeut durch seine Gefühle auch mit sich selbst in Beziehung steht. Es kann mir als Therapeut auch auffallen, dass ich mich auf die nächste Therapiestunde freue, da der Patient zu meinem Sonnenschein geworden ist.

8. Kann ich aus meinem Gefühl ableiten, wozu der Patient mich bringen möchte?

Da Gefühle die Funktion haben, den Menschen zu einem Handeln zu bewegen, kann es sein, dass der Patient die unbewusste Absicht verfolgt, dieses Handeln bei mir als Therapeut zu evozieren. Oft wird eine Wiederholung früherer Beziehungserfahrungen inszeniert. Sei es eine erhoffte wie das Umschwärmtwerden, sei es eine gefürchtete wie das Abwenden aus Langeweile. Therapeuten, die nicht tiefenpsychologisch geschult sind, halten ihre Gefühle nicht selten für ein Zeichen ihrer unprofessionellen Seite und nehmen sie nicht wichtig genug. Dabei sind sie das, was der Patient mit uns gemacht hat, sind die psychische Bewegung, die er in uns hervorgerufen hat, sind sein Beziehungsangebot. Er hat sich in eine Rolle begeben, z. B. die des unfähigen Lehrlings, und weist mir dadurch die Komplementärrolle zu, etwa die des unzufriedenen strengen Lehrmeisters. Seine unbewusste Regie will mich zu einem bestrafenden Verhalten bewegen, ihn z. B. zu kritisieren oder abzuwerten oder wegzuschicken. Oder er stellt sich als armes, leidendes Opfer dar, das mein Herz erweicht, ein Mitgefühl erweckt und mich zu Trost und hilfreicher Fürsorge motiviert.

9. Kenne ich dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten aus seinen früheren Beziehungen?

Die durch die Anamnese bekannte Geschichte der wichtigen Beziehungen im Leben des Patienten lassen in mir die Vermutung aufkommen, dass sich oftmals wiederholende, sehr ähnliche und markante Beziehungserfahrungen überzufällig häufen. Diese Häufungen lassen sich nicht durch das Kausalitätsprinzip erklären. Das ist Konstruktion des eigenen Unglücks im Sinne von Watzlawik (Watzlawik et al. 1969, 1979) oder Wiederholungszwang im Sinne Freuds. Wie und wozu macht der Patient das? Doch zunächst: Wie lässt sich das dysfunktionale Muster beschreiben und benennen? Da kann eine wiederkehrende Erfahrung von Unwichtigsein stattfinden oder ein Unbeachtet-bleiben, einfach vergessen zu werden. Oder immer als die kleine Dumme hingestellt werden. Oder Kronprinz sei, den die anderen mit ihrem Neid verfolgen. Oder in einem Beziehungsdreieck die Betrogene sein. Oder die immer wieder Misshandelte oder Missbrauchte. Es kann auch sein, dass ungeachtet großer innerer Not die Rolle des Pflegeleichten eingenommen wird oder die Rolle des Tüchtigen, der es schon selbst schafft, obgleich es gar nicht zu schaffen ist.

Dysfunktionale Beziehungsmuster führen definitionsgemäß zu einem frustrierenden Erlebnis, das ein immer wieder gleiches Unglück herstellt.

10. Kann ich dysfunktionale Anteile seines Beziehungsangebots mir gegenüber erkennen?

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

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

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

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

Es ist spannend, die unzähligen Vermeidungen im Interaktionsverhalten des Patienten zu entdecken. Das viele Reden soll oft verhindern, dass der Therapeut den aktiven Part übernimmt und den weiteren Ablauf steuert. Ganz lieb sein soll auch mich ganz lieb machen und Strenge verhindern. Charmante Gesprächsaufnahme soll vielleicht mein Weggehen verhindern. Seine Schwächen hervorkehren soll eventuell verhindern, dass ich neidisch mit dem Patienten rivalisiere. Eine verbindliche Art verhindert Gegnerschaft. Auch ein grob bissiges Verhalten soll mich von einer verletzenden Attacke abhalten. Sehr freundliches Verhalten will verhindern, dass ich unfreundlich werde. Sehr taktvolles Benehmen soll mich in den Grenzen des Taktgefühls halten. Betont intim-vertrauliches Sprechen soll mich abhalten, ungeschützte Öffentlichkeit herzustellen. Vernunftbetonte Kommunikation will verhindern, dass es zwischen uns zu emotional wird. Einsilbig-Langweilendes Erzählen halt den Zuhörer davon ab, durch emotionale Beteiligung zu nah

zu kommen. Die beispielhaft genannten Vermeidungstendenzen können das Motiv der betreffenden Verhaltensweisen sein. Im Einzelfall können sie aber ganz andere Intentionen haben.

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

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

14. Kann ich eine Prognose stellen bezüglich des zu erwartenden Beziehungstests?

Bei den meisten Patienten laufen wir nicht Gefahr, in eine Beziehungszerstörende Falle zu geraten. Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder emotionalen Entwicklungsdefiziten (Frühstörungen bzw. strukturelle Defizite im Sinne der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie) neigen jedoch dazu, ihr destruktives Kindheitstrauma auch in der therapeutischen Beziehung zu wiederholen. Weiss und Sampson (1968) nannten diese als Wiederholungszwang auftretende Reinszenierung Beziehungstest. Die Psychoanalyse erklärt diesen durch den Vorgang der projektiven Identifizierung (z. B. Slipp 1973). Am eindrücklichsten müssen wir dies mit Borderline-Patientinnen erfahren. Die zentrale Beziehungsangst des Patienten weist auf die Bedrohung hin, auf die der Beziehungstest hinsteuert. Der Patient konstruiert einen dysfunktionalen repetitiven Interaktions- und Beziehungstyp, der den Therapeuten immer mehr in eine Rolle einbindet, die extrem frustrierend oder gar retraumatisierend auf den Patienten wirkt. So kann ein sehr geduldiger und skrupulöser Therapeut sich monatelang mit Schuldgefühlen und Angst um das Leben seines suizidalen Patienten quälen, bis er es schließlich nicht mehr aushält und sagt: „Dann bringen Sie sich eben um!“ Endlich ist es ausgesprochen – der Patient war schon lange überzeugt, dass der Therapeut so einer ist.

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

Der Therapeut tritt sehenden Auges in die Falle. Ihm ist bewusst, auf was es bei dem Patienten ankommt und genau der Fehler, der nicht hätte sein dürfen, passiert. Er weiß, welche Bedeutung für eine Patientin seine Zuverlässigkeit hat. Er bemüht sich sehr um sie. Er gibt ihr noch einen ausnahmsweisen Termin nach der normalen Sprechstundenzeit. Und er vergisst diesen Termin, ob wohl er am Morgen noch daran gedacht hatte. Beides geschieht höchst selten, der Ausnahmetermin und das Vergessen eines Termins. Warum gerade bei dieser Patientin? Die Psychoanalytiker nennen den Vorgang projektive Identifizierung. Zumindest ist eine Fehlleistung, die wohl überzufällig häufig dann passiert, wenn man besonders darauf achten wollte, dass es nicht geschieht. Idealerweise hat der Therapeut dann seinen „Notfallkoffer“ gut bestückt, um das Richtige tun zu können. Es gilt, sich der maßlosen Wut des zutiefst gekränkten Narzissten zu stellen, denn man hat ja die Kränkung tatsächlich verursacht. Seine Wut muss validiert werden und sie muss wirksam

sein, nicht im ursprünglich destruktiven Sinne, sondern indem sie eine sehr spürbare Wirkung auf den Therapeuten hat, wie dessen Betroffenheit zeigt, wie wenig dieser sich mit Hilfe seiner Psycho-Interpretationen rechtfertigt oder gar dem Patienten seine Charakterpathologie spiegelt. Es ist geschehen, der Therapeut hat Schaden angerichtet, er ist sehr betroffen angesichts dieses Schadens und er sagt sehr deutlich, dass es sein Fehler war. Er bespricht mit dem Patienten, wie er künftig diesen Fehler verhindern kann und bittet ihn darum, ihm dabei zu helfen.

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

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

17. Ist die Therapiebeziehung ausreichend stützend/fördernd?

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

18. Ist die Therapiebeziehung ausreichen konfrontierend/herausfordernd?

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

19. Bietet die Therapiebeziehung ausreichend Nähe und Warmherzigkeit?

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

20. Bewahrt die Therapiebeziehung ausreichend Abstand und Professionalität

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

Professionalität der Beziehung bewusst bleiben. Sonst läuft er Gefahr, eigene Bedürfnisse in der Beziehung zum Patienten zu befriedigen. Ist er sich seiner eigenen Beziehungsbedürfnisse bewusst, so kann er sich fragen, ob und inwieweit der Patient diese befriedigt. Oder wie befriedigend für ihn die Befriedigung der Bedürfnisse des Patienten ist.

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

Ein Patient, der zu Beginn der Therapie Wärme und Geborgenheit braucht, sucht später Verständnis dafür, dass er anders denkt und fühlt als der Therapeut und braucht dessen Wertschätzung für seinen individuellen Umgang mit sich und seiner sozialen Umwelt. Er will endlich selbständig sein und selbst bestimmen, wie es mit ihm weiter geht. Und dann braucht er schließlich den Therapeuten als Gegenüber, der sich ihm auf einer gleichberechtigten Ebene stellt. Die 14 von Sulz formulierten Beziehungs- und Selbstbedürfnisse (Sulz 1994, Sulz und Tins 2000) zeigen in ihrer Abfolge die typischen Entwicklungsschritte des Patienten, die einen jeweils anders interagierenden Therapeuten benötigen. Behält der Therapeut stattdessen seinen gewohnten und durchschnittlich bewährten Interaktions- und Beziehungstyp bei, so kann dies nicht entwicklungsfördernd sein. Sein Typus ist vielleicht in der Anfangsphase optimal oder erst in der zweiten Therapiehälfte. Aber er verschenkt die Chance, durch passende Begleitung die Entwicklung des Patienten zu fördern. Entwicklungsförderung heißt, die Bedürfnisse der jeweiligen Entwicklungsstufe zu befriedigen und die Fähigkeiten dieser Stufe herauszufordern. Geht der Patient auf die nächste Entwicklungsstufe zu, so sollte der Therapeut ihn in seinen bisherigen Bedürfnissen dosiert frustrieren und Anreize schaffen für die Errungenschaften und neuen Freiheitsgrade der nächst höheren Stufe.

VDS15 Therapiebeziehung – Rating des Therapeuten

Stand 3.3.2005 Autor: S. Sulz © CIP-Medien

Sitzungs-Nr. ... am (Datum)

Bitte beschreiben Sie, wie für Sie in dieser Therapiesitzung die therapeutische Beziehung war.

0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3 = sehr

1	Befriedige ich berechnigte Bedürfnisse des Patienten?	0 1 2 3
2	Fördert die Therapiebeziehung ausreichend die Veränderungsmotivation des Patienten?	0 1 2 3
3	Ist die Therapiebeziehung ausreichend unterstützend/fördernd?	0 1 2 3
4	Ist die Therapiebeziehung ausreichend konfrontierend/herausfordernd?	0 1 2 3
5	Bietet die Therapiebeziehung ausreichend Nähe und Warmherzigkeit?	0 1 2 3
6	Bewahrt die Therapiebeziehung ausreichend Abstand und Professionalität?	0 1 2 3
7	Verändert sich die Therapiebeziehung gemäß der Entwicklung des Patienten?	0 1 2 3

Falls Sie den Eindruck haben, dass die therapeutische Beziehung sich in einer Weise veränderte, dass sie als bedeutsamer positiver Wirkfaktor nicht mehr ausreicht, sollten Sie mit Überlegungen beginnen, wie sie im Ereignisprotokoll (VDS10) durch Fragen angestoßen werden.

() Dies trifft zu und ich lege ein Ereignisprotokoll an.

Auswertung VDS15 Therapiebeziehung – Rating des Therapeuten

Stand 3.1.2005 S. Sulz, CIP-Medien

Es ergibt sich

a) ein Summenwert aus den angekreuzten Werten ja Frage.

Qualität der Beziehung (Summenwert):

b) sowie ein Prozentwert (Prozent des maximal möglichen Werts):

= Summenwert geteilt durch Zahl der Items mal 100.

Qualität der Beziehung (Prozentwert): %

Neben dem Ergebnis der einzelnen Beziehungsaspekte werden die beiden obigen Kennwerte berechnet.

Ergebnisdarstellung:

VDS15 Therapiebeziehung – Therapeutenrating

PatientIn:

Datum des Ratings:

0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3 = sehr

Nr.	Beziehungsaspekt	Wert	Diagramm
1	Bedürfnisbefriedigung		0 1 2 3
2	Fördern der Veränderungsmotivation		0 1 2 3
3	Unterstützung, Förderung		0 1 2 3
4	Konfrontation, Herausforderung		0 1 2 3
5	Nähe und Warmherzigkeit		0 1 2 3
6	Abstand und Professionalität		0 1 2 3
7	Weiterentwicklung der Therapiebeziehung		0 1 2 3
SW	Qualität der Beziehung (Mittelwert)		0 1 2 3
PW	Qualität der Beziehung (Prozentwert)		0 1 2 3

Es kann in das Zahlenfeld 0 1 2 3 z.B. ein Sternchen * gemacht werden, so dass ein Diagramm entsteht
