

Ulrich Schlünder

Krisen und Krisen – Antwortmuster

Wenn Berater und Psychotherapeutinnen mit in eine Krise geraten

Psychotherapeuten und Beraterinnen können während einer laufenden Psychotherapie/Beratung in den Sog einer Krise geraten und damit an Grenzen klientenzentrierten Handelns. Sie benötigen dann eine Art „klientenzentriertes Krisenbewusstsein“ – für sich selbst wie für ihre Klienten. Der Autor zeigt phänomenologisch anhand von Beispielen jene Strukturen krisenhaften Wahrnehmens auf, die zu bipolarem Denken und Fühlen führen. Er erläutert, welchen Kriterien ein personenzentriertes Krisenmodell gerecht werden sollte. Er zeigt Lösungen auf, die mit dem Personenzentrierten Ansatz verknüpft werden können bzw. in oder nach der Krise auf einen personenzentrierten Weg zurückführen.



Ulrich Schlünder

1951, Dipl.-Psych., Koordinator des Focusing Instituts New York, Gesprächspsychotherapie, klientenzentrierte Körperpsychotherapie, Focusing, systemische Therapie und Beratung für Familien und Gruppen; div. Ausbildertätigkeit

Im Vergleich zu den zugespitzten Situationen, mit denen Notfallpsychologen, Ärzte und in Kliniken tätige Psychotherapeutinnen konfrontiert werden, die in psychiatrischen Krankenhäusern oder in der Notaufnahme von Allgemeinkrankenhäusern bei akuter Traumatisierung, bei Unfällen o. ä., reagieren müssen, sind die Krisen, die in einer ambulanten psychotherapeutischen Bestellpraxis vorkommen können, eher mildere Varianten. Gleichwohl ist festzustellen

- auch in der ambulanten Praxis melden sich Menschen mit akuten Krisen, und
- auch während der laufenden Therapie entwickeln sich Krisen, oftmals prozesshaft, schleichend, mit Auswirkungen auf beide, auf Klient und Behandlerin.

Die Frage ist, wie wir in klientenzentrierter Weise mit Menschen in Krisen arbeiten können. Dabei geht es nicht um Situationen von sich zuspitzender Gewalt, von Bedrohung für Leib und Leben oder andere entgrenzte Situationen, in denen Psychotherapie im eigentlichen Sinne nicht durchgeführt werden kann, sondern andere Schutz- und Ordnungsmechanismen greifen müssen.

Des weiteren konzentriere ich mich weitgehend auf einen bestimmten Aspekt: nämlich auf die Behandlerseite. Meine erste These ist:

Klienten in Krisen machen auch etwas mit uns Behandlern, bzw. die Krise ist „ansteckend“. Sie wirkt in die Beziehung und den professionellen Begleiter hinein.

Ich spezifiziere das Thema weiter: Solange es noch der Fall ist, dass ein Behandler sich im Rahmen üblicher Vorgehensweisen *lege artis* verhält, er präsent und spürsam sein kann, eine gewisse Auswahl von Reaktionsmöglichkeiten wahrnimmt und daraus seine Wahl trifft, kann man im Grunde nicht von einer wirklichen Krise in der Behandlung sprechen. Ich gehe hier davon aus, dass unser Beruf erst dadurch seinen Wert als Profession bekommt, dass wir, wie der Psychoanalytiker und Professionsforscher Buchholz sagt, immer schon in individuellen Problemlagen und Zuspitzungen tätig werden und einen Weg finden müssen, dass unsere professionelle Kunst erst dort beginnt, wo Routinen und Regelwissen eben nicht mehr ausreichen.

Anschrift des Autors:

Ulrich Schlünder
Am Zeughaus 1
58636 Iserlohn
E-Mail: u.schluender@pbz.de

¹ Dies ist der leicht überarbeitete Vortragsteil aus einem Workshop mit gleichem Titel, den der Verfasser an einem Fachsymposium der ÄGG in Hemer durchgeführt hat. Im Workshop wurden naturgemäß Beiträge der TeilnehmerInnen aufgenommen und einbezogen. Zusätzlich gab es einen Selbsterfahrungsteil, der das Vorgetragene vertiefte. Diese Selbsterfahrungsübungen werden im Beitrag nicht dargestellt.

Was ist eine „Behandler-Krise“?

Hebt man die Vorstellung von Krise vom berufs-alltäglichen Schwimmen, Suchen, Tasten etc. ab, so ist die Krise dadurch gekennzeichnet: Beim Behandler ist die auswählende, abmessende Souveränität nicht mehr vorhanden. In einer so verstandenen Krise befindet sich also auch der Behandler in einem alterierten Zustand, und damit komme ich zur zweiten These und zum eigentlichen Thema:

Der Behandler wird, je weniger erfahren, desto mehr, nicht zu frei gewählt, sondern zu musterhaften Erlebens- und Vorgehensweisen neigen.

Brisant wird diese Annahme dann, wenn die kriseninfizierte Vorgehensweise des Behandlers dazu führt, dass er zu Mitteln greift, die den Rahmen des Klientenzentrierten Ansatzes *auf eine bestimmte Weise* verlassen. Dabei ist es m. E. ein Unterschied, welchen Weg ich verlasse, um mit einer besonderen Situation fertig zu werden bzw. es macht einen Unterschied, auf *welchen* Weg ich zurückkehren will.

Unterschied zu „autoritärem Verhalten“

Ein Organmediziner kann es sich vermutlich erlauben, seinem Patienten zu drohen, wenn er verordnete Medikamente nicht nehmen will (ob das hilfreich ist, sei allerdings dahin gestellt). Der Patient wird deswegen nicht notwendiger Weise den Respekt vor seinem Arzt verlieren, sondern vielleicht annehmen, dass es ihm mit der Verschreibung wirklich ernst ist. Er kann ihn weiterhin als den Arzt seines Vertrauens ansehen. Ein provokativer Therapeut mag vielleicht in Kauf nehmen, einen Klienten mit einer Intervention stark zu beschämen. Und damit verletzt er unter Umständen die Grenzen des Anstands, aber nicht die Prinzipien seiner Vorgehensweise. Eine Verhaltenstherapeutin mag sich bei einer Expositionsbehandlung zeitweise als Person völlig herausnehmen („das hat mit mir nichts zu tun“),

ohne den Behandlungserfolg zu gefährden.

Bei einer klientenzentrierten Therapie scheint das alles ein wenig heikler zu sein. Ich wage die Vermutung, dass es Entgleisungen oder Vorgehensweisen gibt, die eine Rückkehr zu klientenzentrierter Behandlung unmöglich machen oder zumindest grundsätzlich erschweren. Wie kann eine personale Begegnung mit wertschätzender Akzeptanz wieder möglich sein, nachdem ich jemanden verächtlich gemacht, erpresst, lächerlich gemacht oder bedroht habe? Wir sollten also aus guten Gründen – bei allem Verständnis für zugespitzte Situationen – in der Lage sein, einen bestimmten Rahmen zu wahren. Und wenn wir das nicht mehr können, uns Hilfe holen! So weit der ethische und verfahrensimmanente Appell.

Hilfreich: Krisenmodell für Behandler

Es wäre aber darüber hinaus auch konzeptionell vorteilhaft, ein Krisenmodell zur Hand zu haben, das zumindest mit der klientenzentrierten Grundhaltung kompatibel ist, also z. B. keinen Rückgriff auf den psychoanalytischen Todes- oder Aggressionstrieb darstellt. Wenig hilfreich sind auch holzschnittartige Verallgemeinerung wie: „Frauen sind eben so...!/Der Mann ist eben so...!“ oder unverdaute Charakterstruktur – Modelle, die im Ernstfall kein Verstehen, sondern eine abwertende Etikettierung bereitstellen („typisch hysterisch!“).

Die Anforderungen an ein klientenzentriertes Krisenmodell können aus meiner Sicht so zusammengefasst werden:

1. Es muss kompatibel mit dem Inkongruenzmodell sein. Weiterhin soll gelten, dass bestimmte Erfahrungen in der Krise nicht adäquat symbolisiert und oder nicht in das Selbst bzw. Selbstbild integriert werden können.
2. Es sollte das Erleben des Klienten mit einbeziehen können; dies ist ja die

Wirklichkeit der Person, die wir einzuholen haben.

3. Es sollte prozesshaft sein, also erklären können, wie sich eine Entwicklung in die Krise hinein – und möglicherweise wieder heraus vollziehen kann.
4. Es sollte aufzeigen, warum wir selbst in einer akuten Zuspitzung das Bild behalten dürfen, dass dieser Mensch mehr ist, als die Erlebens- und Verhaltensweisen, die er gerade zeigt und warum es ein „weiter“ nach der Krise geben kann (Akzeptanz, Wertschätzung)
5. Es sollte empathisches Verstehen ermöglichen, ohne dass dabei das sehr unbehagliche Gefühl aufkommt, ich fraternisiere hier mit etwas völlig Ungutem. (Empathie)
6. Es sollte von daher eine Landkarte für einen Umweg abgeben, der auf den Hauptweg zurückführen kann, und im oben besprochenen Sinne kein Abweg wird.

Erfülltes Leben: Wie ein breiter Strom

Um ein solches Krisenmodell herzu-leiten, bleibe ich zunächst phänomenologisch und beginne mit der Frage: Wie kann man sich mit einfachen Beschreibungen ein Leben außerhalb von Krise, also ein halbwegs zufrieden stellendes Alltagserleben vorstellen?

Erleben vollzieht sich in krisenfreien Lebensphasen breitbandig und weitgehend in Kontakt mit allen gegenwärtigen Erfahrungen (aus dem Binnenraum und aus der Umwelt). So ist es möglich, auch in Kontakt mit der Bedeutungsaura dieser Erfahrungen zu kommen, d. h. mich SELBST zu spüren in dem Gewahrsein, was meine Situation jetzt für mich bedeutet. Dabei ist meine Erfahrung sinnlich – sinnhaft. Ich erlebe mich als belebtes Wesen in meiner Situation.

Ich habe die Freiheit, die Gewahrseinsrichtung wechseln zu können, die

Aufmerksamkeit willkürlich in unterschiedliche Richtungen zu richten oder mich rufen zu lassen. Ich kann aus dem gegenwärtigen Erleben heraus handeln und verfüge über ein Gespür für meine Handlungsmöglichkeiten (Selbstwirksamkeit). Als besonderen Fall davon erlebe ich die Freiheit, in Kontakt treten zu können, wenn mir danach ist. Insgesamt kommt diese Situation der Vorstellung von der *fully functioning person* sehr nahe. Was geschieht nun, wenn sich eine Krise anbahnt, eine Stressung erlebt wird?

Selbst-Verengung

Alle oben aufgezählten Möglichkeiten werden sich einengen. Ich werde meine Aufmerksamkeit vielleicht zwanghaft auf ein Geschehen, eine Person richten, so weit, dass ich mich selber kaum noch spüre. Die Möglichkeit, frei zu bewerten und selbst bestimmt erlebt zu handeln, schwinden. Es werden größere Anteile der Wahrnehmung und des Erlebens ausgeblendet sein. Kurz: Im Erleben und Verhalten zeigt sich eine deutliche Verengung; konzeptionell betrachtet, eine deutliche Inkongruenz.

Beispiel für eine Verengung

Diese kann allerdings bei beginnender oder milder Stressung noch vorübergehend bleiben. Um es mit einem Beispiel zu illustrieren: Ich komme abends beim Spaziergang auf dem Gehweg an einer lärmenden Gruppe angetrunkenen Menschen vorbei. Schlagartig verändert sich mein entspanntes Schlendern: Nehme ich noch wahr, dass ich mich eben noch recht wohl in meiner Haut gefühlt, dass ich meine Beine als kraftvoll gespürt habe? Spüre ich Angst oder nur körperliche Versteifung, Taubheit? Nehme ich wahr, dass die Menschen in der belebten Gruppe völlig lustig sind und ausgelassen lachen? Könnte ich in dem Moment noch einem vorbeifahrenden Auto hinterher schauen (Aufmerksamkeit richten), das besonders auffällig angemalt ist? Bin ich mir der Möglichkeit bewusst, dass ich eigentlich die Straßenseite wechseln könnte?

Hier wird deutlich, was ich unter Verengung verstehe. Da diese Verengung alle Bereiche des Erlebens und Verhaltens erfassen kann, selbstverständlich auch kognitive und soziale Funktionen, bezeichne ich dies als **Selbstverengung**. Bei dieser Art Verengung wird im Übrigen auch die Sprache verengt. Menschen neigen in solchen Situationen zu Verallgemeinerungen, zum differenzierungsarmen Ausdruck. Typische Adverbien in diesem Zustand sind „immer!“, „nie!“ und „überhaupt!“.

Wie ich es oben beschrieben habe: Das eingeengte Erleben und Verhalten, die Inkongruenz, kann vorübergehend sein. Irgendwie komme ich an der Gruppe vorbei, kann wieder durchatmen und setze mit einem kleinem Nachbeben meinen Bummel fort. Was aber würde geschehen, wenn die Stressung weiter ginge? Wenn ich vielleicht mit der Gruppe zusammen an einer Ampel warten müsste (muss ich?)? In dieser Situation reduzierten sich die Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten möglicherweise weiter – zeigt sich etwas sehr Typisches bzw. Musterhaftes: Die Verengung setzt sich fort und nimmt zu. Das Erleben organisiert sich *bipolar* (man kann auch sagen: als Dipol): Fühlen, Denken und vielleicht auch Tun reduzieren sich auf zwei Möglichkeiten, auf entweder – oder! Entweder ich komme hier souverän durch (steifer Nacken!) oder ich werde hier hilflos sein. Entweder behalte ich meine Würde oder werde lächerlich gemacht. Entweder das Schlimmste passiert oder es geht. Vereinfacht gesagt: Ich erlebe Schwarz-Weiß-Denken, die Grautöne verschwinden.

Bipolares Wahrnehmen: Entweder/oder

Ein weiteres Beispiel für diese Einengung ist die Eifersucht. Auch hier kann man leicht beschreiben, wie das Denken, Fühlen und Tun in der Verengung geradezu an der gefürchteten Situation kleben bleibt, sich alles nur noch um den „Ernstfall“ dreht. In der zunehmenden Verengung spielt sich wie in einer Endlosschleife nur noch die Frage ab: Ist oder war er treu oder bin ich betrogen?

Entweder – oder! In einer Schlaufenbewegung geht es hin und her. Grauenhafte Gewissheit, blinde Hoffnung – und beides oft weitgehend unabhängig von den tatsächlichen äußeren Ereignissen.

Bis hierher ist die krisenhafte Entwicklung als Selbstverengung und als zunehmende Verengung mit bipolaren Schlaufen dargestellt. Erfolgt nun keine Entlastung, keine Klärung, kein Unterbruch, ist die nächste Phase adäquat als Selbsteinbruch zu beschreiben.

Selbsteinbruch

Es kommt zur dynamischen Eskalation der krisenhaften Verarbeitung, des krisenhaften Erlebens, der Inkongruenz. Die erlebte Ohnmacht, Beschämung, (Selbst-) Entwertung ist nicht mehr zu ertragen und wirkt verschärfend auf das innere Erleben zurück. Es entsteht ein qualvoller Druck, weil die Empfindungen das Problem nur noch weiter zu verschärfen scheinen. Bei Eifersucht kommt dann beispielsweise die Angst auf, sich jetzt hier als schlotterndes Bündel oder als Furie zu präsentieren. Folge: Dann werde ich ganz sicher erst recht verlassen oder betrogen! Wie ich fühle und mich verhalte – alles darf so nicht sein. Ich kann zwar mein Zittern nicht unterdrücken, muss es aber, noch mehr Zittern kommt auf! Ich möchte schreien – das aber darf schon gar nicht sein. Also stumm, oder Explosion? Ich habe mich nicht im Griff, weil ich so viel Druck spüre. Wohin mit dem Druck? Die Muskeln müssen halten! Warum bin ich so schwach, dass ich mich nicht zusammenreißen kann? Wer könnte so jemanden Schwaches akzeptieren oder gar lieben?

Es wird deutlich: Der Inkongruenzprozess eskaliert: Meine organismischen Reaktionen dürfen nicht sein! Meine Lösungsversuche dürfen nicht sein! Häufig löst der Dipol sich im vollen Selbsteinbruch auf, und die Selbstdynamik organisiert sich in einem Unipol (oder einem fatalen Attraktor): Es ist klar, dass ich betrogen werde! Ganz sicher!

Herkunft dieses Denkmodells

Zwei Anmerkungen, bevor ich den Bogen zurück in die klientenzentrierte Sprache schlage. Erstens: Dieses Krisenmodell ist im GfK Institut (Schweizer Institut für klientenzentrierte Körperpsychotherapie von C. Geiser/E. Juchli) entstanden. Dort haben wir herausgearbeitet, dass jeder Mensch die Neigung hat, in *bestimmte* Dipole hinein zu geraten. Es finden sich dann wiederkehrend bestimmte Themen, so dass wir – auf die Person bezogen – von einer speziellen Selbststruktur sprechen, im Sinne einer musterhaften Organisation der Selbststruktur in Krisen. So zeigt sich zum Beispiel, dass einige Menschen sehr schnell in eine so genannte Vertrauenssensibilität hineingeraten: Ist es hier sicher – oder nicht? Oder in das Wertethema: Bin ich hier wichtig, Klasse – oder der Hinterletzte? Oder in eine Erregungs-sensibilität: Ist es ruhig in mir – oder ist da Aufruhr/Erregung, Spannung (Und das ist immer Angst!)? Diesen Gruppierungsmöglichkeiten entlang der Thematik des Dipols, der Möglichkeit hier eine Systematik zu entwickeln, will ich an dieser Stelle nicht weiter nachgehen. Publikationen finden interessierte Leser unter: www.gfk-institut.ch.

Zweitens: Die Beschreibung mag sehr stark an Darstellungen aus der Chaostheorie und der Selbstorganisationstheorie erinnern. Dort wird beschrieben und berechnet, wie sich bei einem gegebenen hochkomplexen Spannungsfeld durch kleinste Anlässe dramatische Bewegungen hin zu starken Attraktoren entwickeln. Gerne werden hier Beispiele aus der Wetterentwicklung bemüht – wie der Flügelschlag des berühmten Schmetterlings, der andernorts einen Orkan auslösen kann. Die Sprache in dieser Theorie ist auch nicht zimperlich: Durch Produktion von Selbstähnlichkeiten werden Systemelemente und Energien versklavt, bis ein vorläufig starres Muster hergestellt ist oder zwingend ein bestimmtes Ereignis eintritt. Wer sich hier weitergehend interessiert, sei, was den psychologischen Bereich angeht, an Ciompi mit seiner „fraktalen Affektlogik“ verwiesen.

Überprüfung

Zurück zum Klientenzentrierten Ansatz: Entspricht das skizzierte Modell der Selbstdynamik in der Krise den sechs zuvor aufgestellten Kriterien? Ist es brauchbar, um bei einer klientenzentrierten Haltung bleiben oder zu ihr zurückkehren zu können?

Meiner Auffassung nach zeigt sich folgendes:

1. Dies trifft zu. Die Beschreibung einer Bündelung, Fokussierung oder Verengung der Wahrnehmung ist sehr nahe am Inkongruenz-Modell.
2. Dies trifft zu. Das Erleben einer Person ist mit erfasst, sogar ein wesentlicher Bestandteil der Dynamik.
3. Dies trifft in aller Vorläufigkeit auch zu, wobei wir das „Heraus“ noch nicht beschrieben haben. (Aber es steht fest: Noch niemand ist ein für alle mal in einem Einbruch stecken geblieben! Wir kommen immer heraus, wenn auch manchmal arg mitgenommen oder verändert.)
4. Dies trifft ebenfalls zu. Dieses Modell spricht der Person in keiner Weise eine generell tüchtigere, angemessene, besonnene und nachvollziehbare Art der Selbstorganisation ab. Diese ist lediglich im Krisenmoment nicht verfügbar (so wie ein Kanute nicht allein deshalb seine elegante und hoch-effektive Schlagführung verliert, nur weil er jetzt in einer Stromschnelle steckt und etwas hektisch herumfuchteln muss...).
5. Dies trifft für mich auch zu. Ich kann den Menschen in seiner erlebten Selbstdynamik verstehen, ohne dass ich deshalb seine Sicht und Bewertungen teilen muss (dass die Welt gefährlich und die Männer oder Frauen unzuverlässig sind...).
6. Dies ist noch offen. Immerhin zwingt mich dieses Modell nicht zu völlig inkompatiblen Vorgehensweisen (s. u.).

Meine o. g. These, dass auch der Begleiter in einen krisenhaften Zustand gerät, wenn er engagiert mit einem Menschen in einer Krise arbeitet, lässt sich leicht selbst überprüfen: Man braucht nur an die letzte therapeutische Situation zurück zu denken, die als Krise eingeschätzt oder erlebt wurde. Um herauszufinden, auf welche Weise die aufgezeigten Einengungen für den einzelnen funktionieren bzw. welche Themen oder welche Muster sich zeigen, helfen schon wenige Überlegungen: Wozu und wann sage ich: „immer!“, „nie!“ und „überhaupt!“? Welche Dipole zeichnen sich bei mir ab? Kennen ich beispielsweise Gedanken wie: Entweder ich behalte ihn im Griff – oder er manipuliert mich! Bin ich ein erfahrener Therapeut oder doch ein Hochstapler – und jetzt kommt es heraus? Entweder kann ich helfen – oder ich bin ohnmächtig! Strenge ich mich noch mehr an – oder schmeiße ich innerlich die Brocken hin? Werde ich streng – oder mache ich faule Kompromisse?

Gefasster Umgang mit der Krise

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den eigenen Mustern muss in einer soliden Selbsterfahrung und im supervisorischen Austausch erfolgen. Sie ist die Grundlage für einen gefassten Umgang mit krisenhaften Situationen. Dies formuliere ich so vorsichtig, weil jeder Versuch der endgültigen Kontrolle oder der völligen Umgehung dieser Muster zwangsläufig zu einer Verengung im oben beschriebenen Sinne führen würde.

Um es noch einmal auf den Punkt zu bringen: Es sollte deutlich werden, dass Therapeut und Klientin in einer Krise durchaus vergleichbar reagieren, beide in die gleiche Selbstdynamik hinein geraten können. Beide können eine Verengung erleben, vielleicht sogar einen Selbsteinbruch – und die Verengung des einen kann die des anderen anstoßen. Wissen über die eigenen Einbruchsstellen („Sollbruchstellen“) und Verengungsthemen kann der Behandlerin helfen, umsichtiger in der Krise zu agieren.

Hilfsmöglichkeiten

Solange ich als Therapeut noch wenig verengt bin oder mich bereits ein wenig freigeschwommen habe, bieten sich verschiedene Möglichkeiten an, an den Rändern der Verengung des Gegenüber „zu ziehen“ und eine Ausweitung seiner Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten „anzufragen“. Per definitionem wird der Klient in diesen Phasen ja das regelgerechte einfühlende und akzeptierende Verbalisieren wenig aufnehmen. Er hört uns gar nicht richtig. Hier ist professionelle Kunst im besten Sinne gefragt, weil eine Therapeutin nun ständig probieren, korrigieren, nachsteuern muss – vielleicht sogar mit größter Umsicht und größter Beherrtheit gleichzeitig. Hier stößt manualisiertes und regelhaftes Vorgehen sicher schnell an seine Grenzen. Was können wir im Bewusstsein der Möglichkeit des Scheiterns probieren?

Kontakt herstellen

Ich empfehle hier alles, was die Würde des Gegenüber nicht verletzt. In der Krise stellt sich immer heraus, dass den meisten therapeutischen Fertigkeiten allgemeine Fertigkeiten des Sozialkontakts zugrunde liegen! Sie reichen nicht, aber ohne diese Fähigkeiten geht nichts oder sehr wenig! Also: Provokation, Humor, Ernst, Überraschung, Verwirrung etc. – ziehen Sie alles zurate, was Ihnen möglich ist. Alles, was dazu führt, dass die Verengung sich so weit ausweitet, dass die Person merkt: „Aha – hier ist ja noch eine Person im Raum!“, ist sinnvoll.

Realität herstellen

Hilfreich sein können Fragen wie: „Was war Auslöser oder Beginn der Entwicklung?“ „Was genau ist passiert, hat er / sie gesagt?“ „Und was hast Du gehört?“ Gemeinsam Details einsammeln: „Wie genau ist es gewesen? Was genau hast Du getan, wofür hast Du Verantwortung, wo übernimmst Du Dich?“

Verengung ausweiten

Auch Körperlichkeit und sinnliche Wahrnehmung wieder zu beleben, ist nützlich: Eine andere Atmung vorschlagen, zu Bewegung anhalten, Riechen dazunehmen, Spannungen spüren, ihnen nachgehen etc. pp. Den kognitiven Horizont ausweiten kann helfen, die Einengung zu lösen: „Hast Du diese ... Möglichkeiten zu denken, zu sprechen, zu handeln wahrgenommen?“ „Hast Du den Schutzmann an der Ecke gesehen?“

Dadurch, dass wir uns hilfsweise zur Verfügung stellen und beherzt das Undenkbare aushalten (das, was nicht sein kann, weil es nicht sein darf!), kann eine quälende Verengung ausgeweitet werden. Was wäre, wenn es tatsächlich Momente gibt, in denen Du ohnmächtig bist? Wenn es wirklich Personen gibt, für die Du nichts wert bist? Wenn Du Deine Stelle verlierst, wenn Du jetzt in die Klinik gehst?

Takten

Immer nur den nächsten Schritt, immer nur kleine Schritte machen. Die Probleme angehen, wenn sie da sind, Zeiträume realistisch einschätzen helfen, Kräfte in der Zeit realistisch einschätzen helfen...

Halten

In einigen glücklichen Situationen ist es möglich, durch gefasste Präsenz und dichtes, forciertes Verbalisieren mit der Klientin durch den schmerzhaften Erlebens- und Schlaufenprozess hindurch zu gehen, ohne etwas verändern zu wollen. Um dann endlich „unten ankommen“ zu können, in diesem schrecklich – wertvollen Moment von Loslassen: So ist es. Ich will es nicht, es darf eigentlich nicht sein – aber es ist so! Traurig. Ruhig werden. Bei sich Sein.

Alle diese angeführten Hilfsmöglichkeiten gelten in der Einengung für Klientin wie Psychotherapeut/Beraterin mit dem Unterschied, dass wir die Klientin

unterstützen können, wir selbst jedoch in der Begleitsituation die Einengung ohne Hilfe durchstehen müssen. Im besten Fall löst es sich für beide im Kontakt zwischen Behandlerin und Klientin!

Die Krise beernten

In diesem Zusammenhang erwähne ich Peter Schmid, der sinngemäß formuliert hat: In der Klientenzentrierten Therapie bekommt die Person keine Interventionen, sondern Antworten! Seien Sie als Person da, begeben sie sich – nach realistischer Einschätzung ihrer Kräfte – als Person in die Dynamik. Meiner Erfahrung nach wird selbst in schlimmsten Verengungen noch peripher wahrgenommen, dass eine Therapeutin gegenüber sitzt, die sich wirklich präsent und beherzt als Gegenüber zur Verfügung stellt. Klientinnen sehen uns in Krisensituationen vieles nach: Auch einmal Ärger, Ungeduld, Erschöpfung, Hilfslosigkeit. Und dann gibt es einen Weg zurück zu ruhigerem klientenzentrierten Arbeiten, in dem Sie später vielleicht sogar die Krise gemeinsam beernten und als Entwicklungschance nutzen können.

Literatur

- Buchholz, Michael B. (1999): Psychotherapie als Profession Psychosozial-Verlag (September 1999).
- Ciampi, L. (1997): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, P. F.: Herr Doktor, bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer „Krankheitslehre“. In: Frenzel, P., Schmid, P. F., Winkler, M. (1992): Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie.