

Rainer Sachse

Jana Fasbender

Meike Sachse

**Die Bearbeitung von Vermeidung in der
Klärungsorientierten Psychotherapie**

8.1 Vermeidungen im Klärungsprozess

8.1.1 Was ist Vermeidung?

Vermeidungsprozesse spielen im Therapieprozess eine große Rolle: Sie können Klärungsprozesse stark erschweren und damit auch die Repräsentation und Bearbeitung von Schemata. Daher ist es von großer Bedeutung, dass Therapeuten in der Lage sind, adäquat mit Vermeidung umzugehen diese zu bearbeiten und damit zu reduzieren (vgl. Sachse, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995a, 1995b, 1995c, 1996, 1997a, 1997b, 1998, 2003, 2006a).

Vermeidungsverhalten ist definiert als ein Verhalten, bei dem ein Klient systematisch versucht, einem Objekt oder einem Inhalt auszuweichen, sich ihm nicht anzusetzen und sich nicht damit zu konfrontieren.

In einem Klärungsprozess bedeutet Vermeidung, dass ein Klient einem bestimmten Inhalt oder Thema ausweicht und versucht, sich nicht damit zu konfrontieren: Der Klient wechselt das Thema, „verliert den Faden“, geht nicht auf eine Frage ein usw.: Der Klient versucht systematisch, einem bestimmten Inhalt auszuweichen. Das Vermeidungsverhalten ist dabei bisweilen beim Klienten *hoch automatisiert*, d.h. oft ist dem Klienten selbst nicht mehr klar, dass er die Auseinandersetzung mit bestimmten Inhalten systematisch vermeidet und damit ggf. zur Aufrechterhaltung seiner Probleme beiträgt.

Die Konsequenzen dieses Verhaltens sind klar: *Der vermiedene Inhalt kann nicht geklärt werden! Vermeidung steht damit einer Klärung entgegen. Und damit gilt: Vermeidung konserviert das Problem!*

Klienten vermeiden im Therapieprozess meist die Inhalte dysfunktionaler Schemata, da diese besonders stark peinlich, unangenehm und hochgradig mit aversiven Affekten oder Emotionen besetzt sind. Beziehungsweise, sie vermeiden solche Inhalte, deren Verfolgung zu relevanten Schema-Inhalten führen könnte: Dabei kann eine Vermeidung schon früh einsetzen, schon bei der Definition eines Problems oder aber erst sehr spät, kurz bevor der eigentliche Schema-Inhalt deutlich wird. Das Ausmaß der Vermeidung, sowie der Zeitpunkt des Einsetzens kann dabei auf einem Kontinuum betrachtet werden: Klienten weisen ein unterschiedlich hohes Ausmaß an Vermeidung auf, es gibt dabei sowohl störungsspezifische

als auch individuelle Unterschiede. Vermeidungsprozesse können dabei sowohl hoch automatisiert ablaufen oder auch vom Klienten mehr oder weniger bewusst und intentional in einer bestimmten Therapiephase eingesetzt werden, um sich mit bestimmten Inhalten, Gedanken, Affekten oder Emotionen nicht auseinandersetzen zu müssen.

Durch die Vermeidung können dann aber gerade die relevanten Schemata nicht geklärt werden: Durch die Vermeidung kann das Schema nicht repräsentiert und damit nicht verändert werden, d.h.: *Vermeidung konserviert das Problem!*

Daher ist es im Therapieprozess außerordentlich wichtig, dass Therapeuten konstruktiv mit Vermeidung umgehen können: Denn Therapeuten können Vermeidung nicht einfach zulassen, denn tun sie es, akzeptieren sie eine Stagnation des Klärungsprozesses! Daher befasst sich dieses Kapitel mit therapeutischen Strategien zum Umgang mit Vermeidung.

8.1.2 Klärungsprozesse sind ambivalent

Betrachtet man die Prozesse der Klärung dysfunktionaler Schemata bei Klienten, dann wird deutlich, dass man annehmen muss, dass diese Prozesse für Klienten ambivalent sind:

- Auf der einen Seite will der Klient (in mehr oder weniger ausgeprägtem Ausmaß) die Inhalte seiner Schemata wissen: Er hat erkannt, dass das Schema relevant ist, er will das Schema endlich kennen, verstehen und ändern. Dies erzeugt somit eine *Annäherungstendenz* an eine Klärung, die vom Therapeuten auch deutlich unterstützt wird.
- Auf der anderen Seite bedeutet Klärung aber, dass der Klient sich mit den unangenehmen Schema-Inhalten konfrontieren und auseinandersetzen muss: Und die Schema-Inhalte sind, geradezu per definitionem, negativ, z.T. peinlich, selbstwertbelastend, (mehr oder weniger hoch) aversiv. Dies erzeugt aber eine (mehr oder weniger starke) *Vermeidungstendenz*.

Nach dem klassischen Konfliktmodell von Dollard & Miller (1950; vgl. Abbildung 8.1) kann man nun annehmen, dass beide Tendenzen mit der Annäherung an das „Ziel“, die Klärung des Schemas, zunehmen; dabei sollte aber die Vermeidungstendenz stärker zunehmen als die Annäherungstendenz.

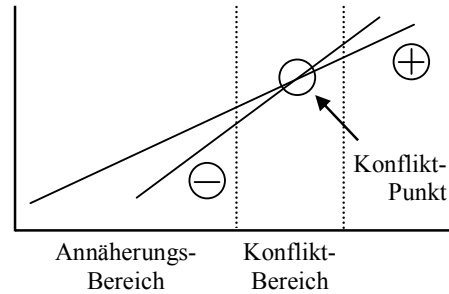


Abbildung 8.1: Konfliktmodell

Der Schnittpunkt beider Linien ist der Konflikt-Punkt: Annäherungs- und Vermeidungstendenz sind gleich stark. Um den Konflikt-Punkt herum kann man den „*Konfliktbereich*“ definieren. Vor dem Konfliktbereich ist die Annäherungstendenz größer als die Vermeidungstendenz: Der Klient bewegt sich auf das Ziel „Klärung“ zu. Im Konfliktbereich wird diese Bewegung aber „gebremst“: Es beginnt ein Vermeidungsverhalten. Der Klient setzt Interventionen des Therapeuten nicht mehr um, er folgt den Prozessdirektiven des Therapeuten nicht mehr, er beantwortet Fragen nicht mehr usw.: Der Klärungsprozess stagniert. Daher ist der Konfliktbereich der *Vermeidungsbereich*: *Tritt ein Klient in diesen Sektor ein, beginnt aktives Vermeidungsverhalten, der Klient beginnt, Vermeidungsstrategien zu realisieren!*

8.1.3 Vermeidung ist ein normaler Prozess

Dies ist ein normales Verhalten: *Jede Klärung führt irgendwann in den Vermeidungsbereich. Vermeidung ist ein völlig normaler Prozess bei der Klärung dysfunktionaler Schemata.*

Solange der Klient sich im „Annäherungsbereich“ befindet, folgt er den Interventionen des Therapeuten so gut er kann: Hier verläuft der Klärungsprozess sozusagen „ideal“: Der Klient setzt Interventionen des Therapeuten um, vertieft, schreitet im Prozess voran; sobald der Klient aber in den Vermeidungsbereich eintritt, ändert sich der Prozess. Der Klient setzt nun Interventionen nicht mehr ohne Weiteres um, er stockt, spürt die Tendenz, sich nicht weiter auf den Prozess einzulassen, den Prozess zu stoppen: Was resultiert sind unterschiedliche Strategien der Vermeidung, z.B.:

- Antworten der Klienten der Art: „Ich weiß nicht.“
- Fragen beantworten, die der Therapeut gar nicht gestellt hat.

- Relativieren, Bagatellisieren usw.

Wie früh ein Klient im Klärungsprozess vermeidet und wie stark er dies tut, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B.:

- Schätzt ein Klient einen Inhalt als stark selbstwertbedrohlich ein, dann vermeidet er eher stark und früh: Der Inhalt wird dann als sehr aversiv wahrgenommen.
- Schätzt der Klient seine eigenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten als hoch ein, dann vermeidet er wenig und erst spät: In diesem Fall traut er sich eine Konfrontation mit aversiven Inhalten zu.
- Hat ein Klient hohes Zutrauen in die Fähigkeiten des Therapeuten und ist die „Therapeut-Klient-Beziehung“ gut, vermeidet er eher wenig und spät.

Ängstliche Klienten, die sich wenig zutrauen, werden somit relativ früh mit Vermeidung beginnen; Klienten, die sich „stark fühlen“ erst relativ spät: *In der Regel gerät aber jeder Klient früher oder später in Vermeidung.* „Vermeidung“ ist damit nichts Besonderes, sondern ein *normaler* Teilprozess eines Klärungsprozesses: Therapeuten müssen in jedem Fall konstruktiv damit umgehen. Wie stark sie sich dabei auf die therapeutische Bearbeitung von Vermeidung konzentrieren müssen, hängt allerdings davon ab, wie früh die Vermeidung im Klärungsprozess einsetzt und wie ausgeprägt sie ist: Hier gibt es bei Klienten sehr deutliche Unterschiede. Manchmal ist es nur nötig, dass ein Therapeut die Annäherungstendenz des Klienten steigert, z.B. indem er betont, dass der Klient die Inhalte wirklich wissen will und sich trauen kann (der Therapeut betont sein Zutrauen in die Stärke des Klienten). In vielen Fällen ist es jedoch nötig, eine systematische „*Bearbeitung der Bearbeitung*“ zu initiieren.

8.1.4 Bearbeitung der Bearbeitung

Bei starker Vermeidung muss ein Therapeut die Vermeidung des Klienten in den Fokus der Therapie nehmen, er muss die Vermeidung des Klienten systematisch bearbeiten: Wir nennen dies „Bearbeiten der Bearbeitung“.

Zeigt ein Klient hohe Vermeidung und ein Therapeut realisiert nur „normale“ Klärungsinterventionen, dann *gelingt* dem Klienten meist eine Vermeidung: Der Therapeut veranlasst den Klienten dann *nicht*, an den vermiedenen, „heißen“ Inhalten „dranzubleiben“. Damit ändert sich aber die Vermeidung auch nicht: Der Klärungsprozess stagniert.

Nötig ist es, dass ein Therapeut den Klienten „im Konfliktbereich hält“ (Martin, 1972): Denn nur dann, wenn der Klient immer wieder und wieder veranlasst wird, sich mit den aversiven Inhalten zu konfrontieren, kann er korrigierende Erfahrungen machen:

- Er kann erkennen, dass er die aversiven Inhalte doch aushalten kann.
- Er kann erkennen, dass er nicht von Affekten und Emotionen „überschwemmt“ wird.
- Er kann erkennen, dass er sich den unangenehmen Inhalten durchaus stellen und sie bearbeiten kann.

Der Klient lernt, dass die aversiven Inhalte nicht wirklich bedrohlich, sondern bearbeitbar sind, dass man sich ihnen stellen, sie klären und sie verändern kann – aber *nur dann*, wenn der Therapeut den Klienten *nicht vermeiden lässt*, sondern ihn immer wieder und immer wieder mit den Inhalten konfrontiert: Dosierte, aber konsequent, hält der Therapeut den Klienten am Konfliktbereich! Der Klient will ausweichen, der Therapeut führt ihn zurück; der Klient will vermeiden, aber der Therapeut sagt: Gucken Sie hin! Der Therapeut steuert systematisch gegen die Vermeidung des Klienten an: Und dies macht er u.U. sehr, sehr lange, solange, bis der Klient bemerkt, dass er eigentlich gar nicht vermeiden muss! Dabei macht der Therapeut auf der Beziehungsebene immer wieder deutlich,

- dass er den Klienten fördern, nicht ärgern will;
- dass er es für notwendig hält, dass der Klient sich mit den Inhalten konfrontiert und dass es dazu keine Alternative gibt, wenn er sein Schema klären möchte bzw. seine Probleme konstruktiv bearbeiten will;
- dass er dem Klienten *zutraut*, sich mit den Inhalten zu konfrontieren;
- dass er den Klienten unterstützt und nicht allein lässt;
- dass er von einer Konfrontation deutliche therapeutische Fortschritte erwartet usw.

Dabei arbeitet der Therapeut immer „an der Kante des Möglichen“: Er übt so viel Druck aus, wie der Klient eben aushalten kann, lässt dem Klienten auch „Pausen“ und „Auszeiten“, wenn dieser sie benötigt, hält den Klienten aber immer wieder am Inhalt bzw. führt ihn nach „Ausweichmanövern“ des Klienten auf den Inhalt zurück. Auf der Ebene von Inhalten führt der Therapeut damit eine systematische Reizkonfrontation durch: Der Klient muss sich in einem vertrauensvollen therapeutischen Rahmen aversiven Inhalten stellen.

Dieses Vorgehen reduziert die Vermeidung sehr effektiv: Nach einiger Zeit bemerken die Klienten, dass die aversiven Inhalte nicht so bedrohlich sind, wie sie angenommen haben, dass sie selbst doch stärker sind, als sie vermutet haben und dass sie „dem Drachen durchaus ins Auge schauen können“. Dann verschiebt sich der Vermeidungsgradient nach rechts und

wird flacher: Der Klärungsprozess bewegt sich wieder und der Klient kann das Schema schließlich rekonstruieren. In diesem Kapitel wollen wir näher beschreiben, durch welche Vorgehensweisen Therapeuten Klienten dazu bringen, ihre Vermeidungen zu reduzieren und ihre Klärungsprozesse weiterzuführen.

8.1.5 Klienten mit hoher Vermeidung

Vermeidung tritt, wie schon gesagt, in allen Klärungsprozessen auf und Klienten unterscheiden sich stark im Ausmaß von Vermeidung, unabhängig davon, mit welcher Problematik und Störung sie eine Therapie aufsuchen.

Nun gibt es jedoch auch störungsspezifische Unterschiede und damit Klienten, die von vornherein schon zu Therapiebeginn ein extrem hohes Ausmaß an Vermeidung realisieren (vgl. Abbildung 8.2). Prototypisch dafür sind in der Regel Klienten mit psychosomatischen Störungen (Sachse, 2006a). Diese Klienten vermeiden nicht erst relativ spät im Prozess, sondern schon sehr früh:

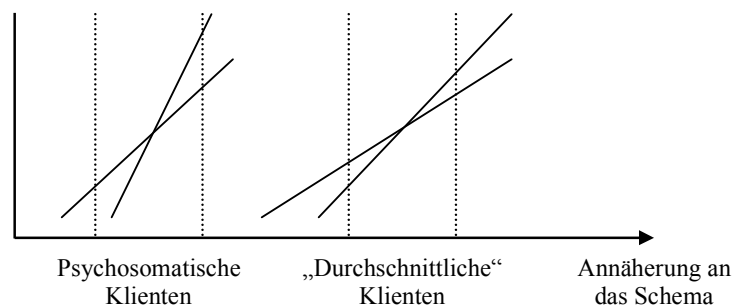


Abbildung 8.2: Frühe und späte Vermeidung

Schon bei der Beschreibung von Problemen oder der Suche nach paradigmatischen Situationen kann hier massive Vermeidung auftreten: Therapeuten müssen somit *von Anfang der Therapie an konstruktiv mit Vermeidung umgehen und diese aktiv bearbeiten*: Tun sie dies nicht, gelangen die Klienten überhaupt nicht zu konstruktiven Klärungsprozessen. Daher spielt die *Bearbeitung von Vermeidung* bei Klienten mit psychosomatischen Störungen eine extrem große Rolle in der Therapie: Therapeuten müssen hier über 5-15 Stunden systematisch

eine Bearbeitung der Bearbeitung realisieren, bevor ein nennenswerter Klärungsprozess überhaupt stattfinden kann (vgl. Sachse, 1995a, 2003).

Ein störungsspezifisch hohes Ausmaß an Vermeidung findet sich außerdem häufig bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen, da diese in der Regel eine hohe „Ich-Syntonie“ aufweisen, und die Klienten sich selbst meist nicht „als Teil des Problems“ wahrnehmen (Sachse, 2006b). Klienten mit Persönlichkeitsstörungen müssen daher im Therapieprozess erst durch spezielle therapeutische Strategien die Einsicht erlangen, dass sie aufgrund frustrierter Motive und Grundbedürfnisse in ihrer Biographie dysfunktionale Strategien „erlernt“ haben, die nun „Teil Ihrer Problematik“ sind. Dieser Erkenntnisprozess, der auf Grundlage einer komplementären Beziehungsgestaltung auch therapeutische Konfrontationen beinhaltet, kann ebenfalls zu Vermeidungstendenzen beim Klienten führen. Zum einen sind Klienten zu Therapiebeginn in der Regel nicht motiviert, an den dysfunktionalen interaktionellen Strategien zu arbeiten, eben weil diese zunächst nicht als Teil des Problems erkannt werden. Klienten versuchen stattdessen häufig automatisch, ihr System mit Hilfe des Therapeuten „zu stabilisieren“, d.h. wirken damit einem Veränderungsprozess entgegen. Zum anderen ist wiederum der Selbsterkenntnisprozess, d.h. die Einsicht in das dysfunktionale eigene Verhalten, zunächst in der Regel von unangenehmen Affekten und Emotionen begleitet, die die Vermeidungstendenzen beim Klienten erhöhen.

Vermeidungsstrategien können bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen auch „Teil der Spielebene“ sein (Sachse, 2002), d.h. aufgrund bestimmter Images und Appelle, die der Klient realisiert, „eingesetzt“ werden, z.B. um den Therapeuten dazu zu bringen, für den Klienten „zu arbeiten“, Verantwortung für den Klienten zu übernehmen, ihn „zu retten“ und ähnliches. Auch dies dient dazu, das eigene System zu stabilisieren, führt aber beim Klienten unerkannt oft zu massiven innerpsychischen und interaktionellen Problemen und muss daher mit dem Klienten bearbeitet werden. An dieser Stelle soll betont werden, dass Klienten dies natürlich nicht mit Absicht tun oder weil sie den Therapeuten ärgern wollen, sondern weil diese „erlernten“ Strategien in der Biographie vermutlich die einzige Möglichkeit für die Klienten dargestellt haben, eine Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse und Motive realisieren zu können.

8.1.6 Bewusste und automatische Vermeidung

Man kann annehmen, dass Klienten, die massiv vermeiden und dies schon lange tun, ihre Vermeidungsprozesse in sehr hohem Maße automatisiert haben: Sie vermeiden nicht mehr

bewusst-intentional, indem sie aktuell merken, dass sie sich unangenehmen Inhalten nähern und sich dann entscheiden, diesen Inhalten auszuweichen, sondern sie haben gelernt, *allen* Inhalten auszuweichen, die auch nur annähernd problematisch werden *könnten*: Diese Vermeidung ist hoch automatisiert, läuft nicht mehr über bewusste Entscheidungsprozesse und dem Klienten ist sehr wahrscheinlich überhaupt nicht mehr bewusst, dass sie überhaupt vermeiden. Die Vermeidung verläuft schnell, hoch effektiv und völlig am Bewusstsein vorbei. Man muss davon ausgehen, dass dies bei Klienten mit psychosomatischen Störungen der Fall ist: Die Klienten vermeiden damit sehr schnell, ohne große Verarbeitungsprozesse, hoch automatisiert: Und darauf folgt, dass man den Klienten die Tatsache der Vermeidung wieder bewusst machen sollte und es ihnen ermöglichen sollte, ihre Vermeidung wieder unter bewusste Kontrolle zu bekommen, sodass sie sich wieder dafür *entscheiden* können, auf Vermeidung zu verzichten. Daher ist es hier wichtig, dass ein Therapeut nicht nur „gegensteuert“. Vielmehr muss er die Vermeidung als solche transparent machen, er muss *deutlich machen*, dass der Klient vermeidet und der Klient muss lernen, sich mit den Gründen seiner Vermeidung auseinanderzusetzen und sie zu reduzieren.

8.2 Grundsätzliches zu therapeutischen Strategien auf der Bearbeitungsebene

8.2.1 Drei Strategien auf Bearbeitungsebene

Auf der Bearbeitungsebene kann man allgemein drei therapeutische Strategien unterscheiden, die ein Therapeut anwenden kann:

- Gegensteuern;
- Transparent-machen der Vermeidung;
- Klären der Gründe der Vermeidung.

8.2.1.1 Gegensteuern

Bei der Interventionsstrategie „Gegensteuern“ versucht der Therapeut, den Klienten aktiv zu einer funktionalen Problembearbeitung anzuleiten: er steuert die Bearbeitungsprozesse hoch prozessdirektiv durch seine Interventionen und zwar systematisch „gegen“ die Vermeidungstendenz des Klienten (vgl. Martin, 1972). Dabei gibt er dem Klienten (implizit oder explizit) Anweisungen, was der Klient nun tun soll und was er nicht tun soll; dies kann er auch dem Klienten gegenüber begründen, d.h., kurz (auf der Meta-Ebene) kommunizieren.

Der Therapeut stärkt dabei die Annäherungstendenz des Klienten, z.B. durch einen Kommentar der Art: „Sie wissen, dass es wichtig ist, an dem Aspekt X zu bleiben. Also lassen Sie uns weitergucken. Was genau löst Situation Y in Ihnen aus?“. Der Therapeut hält die Aufmerksamkeit des Klienten mit Interventionen an einem inhaltlichen Fokus. Oder er führt den Klienten, der ausweicht, wieder auf einen Inhaltsaspekt zurück: „Ich möchte gerne noch einmal auf den Aspekt X zu sprechen kommen...“. Beantwortet der Klient eine Frage, die der Therapeut nicht gestellt hat, d.h., verfehlt der Klient mit seiner Antwort die Intention der Therapeuten-Frage, dann kann der Therapeut die Frage noch einmal stellen: „Was ich meinte, war...“. *So hält der Therapeut den Klienten systematisch „am Konfliktbereich“.*

Sagt der Klient auf eine Frage: „Ich weiß nicht“, dann äußert der Therapeut: „Ich weiß, dass es für Sie schwierig ist, an dieser Stelle zu bleiben. Ich glaube aber, dass es ganz wichtig ist, dieser Frage nachzugehen. Deshalb lassen Sie die Situation noch einmal auf sich wirken und gucken Sie einmal, was Sie in Ihnen auslöst“. Der Therapeut kann, wenn er den Prozess steuert, dem Klienten dazu Erläuterungen geben. Er kann sagen,

- warum er diese Intervention jetzt macht;
- warum es therapeutisch wichtig ist, dass der Klient nun einer bestimmten Aufgabe folgt;
- dass der Therapeut den Klienten damit nicht verärgern will.

In allen diesen Fällen greift der Therapeut aktiv in den Bearbeitungsprozess des Klienten ein, steuert die Aufmerksamkeit des Klienten und gibt dem Klienten bestimmte Aufgaben: der Klient soll einer Fragestellung folgen, die Perspektive internalisieren u.ä. Diese Interventionen der Gegensteuerung kann ein Therapeut auch dann schon machen, wenn der Klient noch kein massives Bearbeitungsproblem aufweist, sondern wenn er „normale“ Bearbeitungsschwierigkeiten überwinden will. Hat der Klient dagegen ein massives Problem auf der Bearbeitungsebene, dann steuert der Therapeut sehr oft und sehr stark.

8.2.1.2 Transparent-machen der Vermeidung

Diese Strategie des Transparent-Machens der Bearbeitung sollte ein Therapeut erst einsetzen, wenn er eine Weile steuernd gearbeitet hat, der Klient aber seine Art der Bearbeitung nicht verändert hat, d.h., wenn erkennbar ist, dass der Klient ein gravierenderes Bearbeitungsproblem aufweist. In diesem Fall geht der Therapeut auf die Meta-Ebene und macht dem Klienten transparent, *dass* er vermeidet: der Therapeut konfrontiert den Klienten somit mit seinen Strategien. Dies dient dazu, den Klienten auf seine (möglicherweise

automatisierte) Vermeidung aufmerksam zu machen; Ziel dieser Strategie ist es, die Vermeidung bearbeitbar zu machen.

So kann ein Therapeut z.B. die Vermeidung transparent machen, wenn ein Klient zum dritten Mal eine gestellte Frage nicht beantwortet. Dann kann der Therapeut sagen: „Ich möchte Sie einmal darauf aufmerksam machen, was Sie in unserem Gespräch mit Fragen machen, die ich Ihnen stelle. Ich habe jetzt dreimal X gefragt und Sie haben mit Y geantwortet. Offenbar ist es für Sie sehr schwierig, bei dieser Frage zu bleiben und zu gucken, was das für Sie bedeutet.“

Wichtig ist es bei dieser Strategie, dass der Therapeut diese Konfrontation sehr verständnisvoll macht, nach dem Motto: ich möchte sie wirklich nur auf etwas aufmerksam machen. Auf keinen Fall darf diese Intervention so rüberkommen wie: „Hab ich Dich erwischt, Du Schweinehund!“. Denn als Vorwurf würde die Konfrontation lediglich Reaktanz erzeugen; sie soll aber den Klienten zur Kooperation veranlassen. Daher sollte nicht die Spur eines Vorwurfes mitschwingen (und Therapeuten sollten diese Intervention deshalb auch nur dann machen, wenn sie sich *nicht* über den Klienten ärgern).

8.2.1.3 Klären der Gründe der Vermeidung

Diese Intervention schließt in der Regel unmittelbar an ein Transparent-machen der Vermeidung an: nachdem der Therapeut dem Klienten die Vermeidung transparent gemacht hat, bietet er ihm an, die Gründe für die Vermeidung zu klären. Ziel ist es, dass der Klient die Gründe für die Vermeidung versteht, bearbeitet und beseitigt, sodass konstruktiv-inhaltlich gearbeitet werden kann. Der Therapeut leitet dabei diese Klärung meist mit einer von zwei Fragen ein:

- „Was macht es Ihnen so schwer, bei dieser Frage zu bleiben?“
- oder
- „Was macht es für Sie so wichtig, dieser Frage auszuweichen?“

Bei Klienten mit massiven Vermeidungsproblemen, wie z.B. Klienten mit psychosomatischen Störungen, müssen Therapeuten diese Strategien der Bearbeitung der Bearbeitung über längere Zeit (10-15 Stunden) sehr konsequent und sehr stringent einsetzen, bis sich die Bearbeitung der Klienten nennenswert ändert. Dies ist für Therapeuten oft schwierig, da die Interventionen in der Regel *nicht* unmittelbar wirken: macht der Therapeut nur vereinzelt derartige Interventionen, haben sie kaum Effekte. Daher stellen Therapeuten oft ihre Interventionen ein, weil sie keine unmittelbaren Wirkungen bemerken. Therapeuten, die diese

Interventionen jedoch längere Zeit konsistent realisieren, ändern auch die Bearbeitungen der Klienten und haben erfolgreiche Therapieprozesse (Sachse, 1995a, 1999, 2006a). Therapeuten sollen davon ausgehen, dass hoch automatisierte Strategien von Klienten sich nicht durch einzelne Interventionen verändern lassen; sie lassen sich nur ändern durch konsequent durchgehaltene Strategien.

8.3 Vermeidungsstrategien des Klienten

Es gibt eine Reihe sehr unterschiedlicher Strategien, mit deren Hilfe ein Klient zu verhindern versuchen kann, sich mit eigenen Problemanteilen auseinander zu setzen: *Klienten weisen damit systematische Vermeidungsstrategien auf*. Diese Strategien setzen an unterschiedlichen Stellen an und arbeiten mit sehr unterschiedlichen Mitteln. Nach diesen Ansatzpunkten oder Vorgehensweisen, die in den jeweiligen Strategien impliziert sind, kann man diese Strategien zusammenfassen.

Es gibt Vermeidungsstrategien, die relativ „früh“ ansetzen: sie versuchen bereits bei einer Problembeschreibung, das Problem so zu definieren oder zu konstruieren, dass sich keine Fragen oder Fragestellungen ergeben oder ergeben könnten, die auf internale Determinanten gerichtet sind. Das Problem erscheint dann so, dass eigene Anteile des Klienten gar keine oder keine nennenswerte Rolle spielen, so dass eine Betrachtung, eine Klärung, Bearbeitung dieser Anteile unnötig, ja geradezu sinnlos oder falsch erscheint. Diese Strategien verhindern somit bereits, dass man *Ansatzpunkte* für eine explizierende Arbeit findet. Folgt ein Therapeut diesen Konstruktionen (hält er sie für plausibel, stimmt er ihnen implizit zu), dann erübrigt sich von vornherein eine klärende Arbeit. Die Vermeidung setzt daher „früh“ an, sie verhindert bereits jeden Einstieg in eine Klärungsarbeit. Einige, besonders prominente Strategien dieses Typs sollen nun behandelt werden.

Einige Vermeidungsstrategien dienen dazu, eine schon begonnene Klärungsarbeit zu blockieren oder zu „entschärfen“: die Klienten haben sich hier schon auf eine Betrachtung internaler Determinanten eingelassen, lassen aber eine Öffnung nur bis zu einem bestimmten Punkt zu. Wird ihnen der Prozess „zu gefährlich“, „zu heiß“, d.h., antizipieren sie bei einer Weiterführung des Prozesses schmerzliche Erfahrungen, dann blockieren sie den Prozess oder aber lenken die Bearbeitung auf weniger gefährliche Bereiche.

Ein therapeutischer Umgang mit den geschilderten Strategien erfordert von Therapeuten nicht nur ein schnelles Erkennen und ein schnelles Handeln. Es erfordert von Therapeuten oft auch ein Handeln, das systematisch gängige Alltags-Konventionen der Kommunikation verletzt. Anstatt dass sich ein Therapeut mit einer ausweichenden Antwort zufrieden gibt, fragt er nach. Ist die Antwort ausweichend, fragt er wieder nach usw. Der Therapeut konfrontiert den Klienten hier mit seinem Vermeidungsverhalten und das ist dem Klienten natürlich nicht angenehm. Und der Therapeut, der dies tut, weiß und spürt, dass es dem Klienten unangenehm ist, muss dem Klienten aber dennoch seine eigenen Strategien bewusst machen. Wir sehen häufig in der Supervision, dass Therapeuten hier Schwierigkeiten haben: es fällt ihnen schwer, auf der Beziehungsebene zugewandt zu bleiben, dem Klienten zu vermitteln, dass „man ihm nichts will“, dass es keineswegs darum geht, dem Klienten Fehler nachzuweisen, sondern nur darum, dem Klienten eigene Strategien bewusst zu machen. Die Therapeuten müssen auf der Beziehungsebene zugewandt sein, gleichzeitig aber auf der Bearbeitungsebene den Klienten stringent konfrontieren. Entweder trauen sie sich nicht, den Klienten zu konfrontieren, oder sie konfrontieren ihn in ängstlicher, vorwurfsvoller Weise oder nach dem Motto: „Hören Sie endlich auf, mich mit diesem Mist zu nerven!“ Diese Art der Rückmeldung ist aber selbstverständlich wenig hilfreich.

Was darüber hinaus in der therapeutischen Arbeit auch nötig ist, was aber den Therapeuten ebenfalls schwer fällt, ist *stringent* zu sein: der Therapeut sollte z.B., wenn der Klient eine Frage nicht beantwortet, wieder und wieder fragen; er muss dies in einer Stunde immer wieder tun; er muss dies u.U. über Stunden hinweg konsequent tun, bis dem Klienten die eigenen Strategien deutlich werden und er sich in der Beziehung zum Therapeuten traut, sie aufzugeben. Oft halten Therapeuten diese Stringenz nicht durch: sie sind frustriert, wenn der Klient nicht nach zwei Interventionen seine Strategie ändert. Therapeuten haben manchmal die Vorstellung, dass Klienten nur ein paar dezente Hinweise bräuchten, um sich zu ändern. Man muss sich hier aber als Therapeut wirklich klarmachen, dass ein Klient,

- der wesentliche motivationale Gründe hat, eine Selbstkonfrontation zu vermeiden,
- der u.U. gar keine alternativen Strategien kennt und
- der diese Strategien seit Jahren oder Jahrzehnten (immer mit dem unmittelbaren Erfolg der Vermeidung aversiver Erfahrungen) geprobt hat,

nicht schnell damit aufhören wird: er wird aufgrund weniger Interventionen seine Vorgehensweise *nicht* ändern. Er wird erst langsam begreifen, *dass* er vermeidet, *was* er vermeidet; er wird erst langsam begreifen, dass es zur Vermeidung eine Alternative gibt und

wie diese aussehen könnte; er wird erst langsam Vertrauen zum Therapeuten fassen, um neue Vorgehensweisen auszuprobieren usw.

Daraus folgt, dass Veränderungen im Vermeidungsverhalten nur dann zu erwarten sind, wenn ein Therapeut seine therapeutischen Strategien konsequent und stringent über einen längeren Zeitraum anwendet.

8.4 Vermeidungsstrategien und ihre therapeutische Bearbeitung

Hier sollen exemplarisch einige besonders häufig vorkommende Vermeidungsstrategien von Klienten behandelt und der therapeutische Umgang mit ihnen beschrieben werden (vgl. auch Sachse, 2003, 2006a).

8.4.1 Normalisieren und Generalisieren

8.4.1.1 Strategien

Der Klient benennt hier ein Problem, möglicherweise sieht er sogar eigene Determinanten des Problems. Er definiert jedoch dieses Problem und/oder die entsprechenden Determinanten als *normal*: das Problem weicht nicht von der (meist sozial) definierten Norm ab, es ist *durchschnittlich*.

Diese Normalisierung kann konkret auf unterschiedliche Weise passieren. So sagt ein psychosomatischer Klient: „Es gehört ja schon zum guten Ton, Magengeschwüre zu haben. Das erwartet man in unserer Firma.“ Ein Alkohol-Patient sagt: „Ich trinke nicht mehr als normal. Wenn Sie mich als Alkoholiker bezeichnen, müssen Sie 60 Millionen Bundesbürger als Alkoholiker bezeichnen.“

Die Botschaft an den Therapeuten ist: „Entweder es ist eigentlich gar kein Problem (denn es ist o.k.), oder es ist ein Problem, das die meisten haben. Wenn es kein Problem ist, muss ich mich auch nicht damit befassen. Wenn es ein Problem ist, das die meisten haben, dann ist es *nicht spezifisch* mein Problem. Und wenn das so ist, dann müssen wir auch nicht spezifisch bei mir gucken. Im Gegenteil: bei mir zu gucken würde fast bedeuten, von mir zu verlangen, die Verantwortung für andere mit zu übernehmen. Dazu bin ich selbstverständlich nicht bereit!“.

Der Klient macht so, explizit oder implizit, eine Argumentationsfigur auf, aus der sich zwangsläufig ableitet, dass

1. kein Grund besteht, dass er seine Problemanteile klärt und,
2. ein solches Vorgehen geradezu eine Zumutung wäre.

Damit schottet sich der Klient vor entsprechenden Interventionen des Therapeuten ab: alle Vorgehensweisen, die die Perspektive internalisieren und den Klienten zur Bearbeitung eigener Anteile veranlassen, werden so als nicht zulässig definiert.

Eine mit dem Normalisieren eng verwandte Strategie ist das Generalisieren: hier betont der Klient nicht so sehr den Aspekt des „Normalen“, sondern den Aspekt des „Unspezifischen“.

Der Klient betont, dass ein Problem für ihn nicht spezifisch ist: „Das Problem haben andere auch!“ oder „Das haben alle!“. Die Botschaft an den Therapeuten ist hier: „Dieses Problem ist etwas Verbreitetes. Wenn es verbreitet ist, kann es nicht an spezifischen Determinanten liegen, die mit mir zu tun haben. Wenn es aber nicht an spezifischen Determinanten liegt, dann brauchen wir auch nicht auf meine Determinanten zu schauen!“.

Kann der Therapeut auf diese Argumentationsfiguren nicht angemessen reagieren, dann hat der Klient hier wesentliche Regeln der Therapie definiert und zwar so, dass wichtige Probleme nicht mehr klärbar, nicht mehr bearbeitbar sind: der Therapeut ist dann mattgesetzt.

8.4.1.2 Therapeutischer Umgang mit Normalisieren und Generalisieren

Eine Strategie wie „Normalisieren“ oder „Generalisieren“ soll dazu dienen, den eigenen Anteil aus dem Problem herauszukürzen: wenn etwas „normal“ ist, oder wenn es „generell“ gilt, dann hat es nicht etwas speziell mit mir zu tun. Die Botschaft an den Therapeuten ist damit:

- Ich habe ein Problem X.
- Dieses Problem ist normal/verbreitet.
- Daher muss es an generellen Faktoren liegen (Firma, Gesellschaft).
- Damit hat es nichts mit mir zu tun.
- Da es nichts mit mir zu tun hat, brauchen wir nicht bei mir zu suchen.
- Lassen Sie uns daher gar nicht über mich reden.

Durch diese Schlussfolgerungskette hat sich der Klient (explizit oder implizit) aus der therapeutischen Arbeit ausgeblendet und verabschiedet. Akzeptiert der Therapeut dies, dann ist eine klärende Psychotherapie an dieser Stelle praktisch zu Ende (matt in 6 Zügen). Therapeuten spüren dies häufig, sind aber durch das Argument leicht geblufft, weil sie nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen.

Die therapeutische „Gegenstrategie“ ist im Grunde recht einfach. Sie baut auf dem „Grundpostulat der Klärungsorientierten Psychotherapie“ auf. Die Schlussfolgerungskette, der der Therapeut dabei folgt, ist folgende:

- Der Klient hat ein Problem X.
- Dieses Problem X besteht darin, dass der Klient auf Situation Y mit der Reaktion Z reagiert.
- Diese Reaktion ist nicht zwangsläufig.
- Selbst wenn viele Personen auf Y mit Z reagieren, so können andere Personen sehr wohl völlig anders reagieren.
- Wenn es Personen gibt, die anders reagieren, dann ist diese Reaktion nicht zwangsläufig.
- Wenn die Reaktion des Klienten jedoch nicht zwangsläufig ist, dann hat sie etwas mit dem Klienten zu tun.
- Wenn sie etwas mit dem Klienten zu tun hat, dann müssen die speziellen, idiosynkratischen, internalen Determinanten des Klienten genauer betrachtet werden.
- Daher muss der Klient im Mittelpunkt der Therapie stehen.

Die Ableitung des Therapeuten kommt damit zu einer ganz anderen Konsequenz als die des Klienten: der Klient schließt, man müsse seine Person nicht weiter betrachten und der Therapeut schließt, dass man genau dies tun muss.

Der entscheidende Unterschied in den Ableitungen ist der, dass die Reaktion *nicht* als zwangsläufig angenommen wird. Selbst wenn acht Millionen Menschen gleich reagieren, ist es nicht zwingend anzunehmen, dass dies am Reiz liegt: diese Menschen können ähnliche Ziele und Schemata haben, die sie so und nicht anders reagieren lassen. Liegt es aber an den Menschen, dann muss man diese betrachten, denn dann liegt die Ursachenquelle dort.

Die Folgerung der Zwangsläufigkeit geht völlig verloren, sobald es nur *eine* Ausnahme gibt oder sich eine Annahme denken lässt: Sobald es Menschen gibt, die *anders* reagieren, zeigt dies, dass es individuelle Unterschiede in der Verarbeitung gibt, d.h., dass *Verarbeitungen* die Reaktionen vermitteln. Dann aber muss man sich diese Verarbeitungen ansehen und nicht die Reize, denn dann bestimmen offenbar die Charakteristika der Menschen über die Reaktionen und nicht die Situation.

Sagt der Klient z.B.: „Magengeschwüre sind in der Firma normal!“, dann kann der Therapeut antworten: „Das mag schon sein, dass die Firma sehr stressig ist. Dennoch wissen wir, dass jeder anders auf Stress reagiert. Und wir wissen noch nicht, wie *Sie* auf den Stress reagieren.“

Bevor wir das nicht wissen, können wir Ihnen nicht helfen. Daher müssen wir uns das jetzt genauer anschauen.“

Der Therapeut vermeidet es hier strikt, mit dem Klienten zu argumentieren. Er akzeptiert die Annahme des Klienten, dass die Firma stressig ist, leitet jedoch eine andere Konsequenz daraus ab und macht dem Klienten deutlich, dass dieser Weg *notwendig* ist, wenn der Klient eine Veränderung erreichen will.

Sagt der Klient: „Wenn Sie mich als Alkoholiker bezeichnen, dann müssen Sie 60 Millionen Bürger als Alkoholiker bezeichnen!“, kann der Therapeut sagen: „Es mag sein, dass Sie nicht mehr trinken als andere. Damit wissen wir aber noch nicht, wie viel *Sie* trinken, wir wissen nicht, ob oder wie gut oder schlecht der Alkohol *Ihnen* bekommt, und wir wissen nicht, wie abhängig *Sie* sind. Nicht die anderen, sondern *Sie* sind in Therapie, also müssen wir uns sehr gründlich ansehen, was mit *Ihnen* ist!“.

Der Therapeut kann hier der Regel folgen:

- Ob das Problem normal ist, verbreitet, esoterisch oder was auch immer, ist völlig uninteressant!
- Interessant ist, wie der *Klient* reagiert, was der Klient tut, welche Verarbeitungen der Klient hat!
- Kennt der Klient dies nicht, lenkt der Therapeut die Arbeit darauf!

Ähnlich kann der Therapeut mit verwandten Argumenten umgehen, z.B. dem Argument, es sei nutzlos, sich aufzuregen und deshalb brauche man auch in der Therapie über Ärger nicht zu sprechen. Hier kann der Therapeut antworten:

„Es kann sein, dass es nutzlos ist, sich aufzuregen. Das ist aber gar nicht die Frage. Die Frage ist, was lösen Situationen der Art X in Ihnen aus? Wie gehen *Sie* mit dem Ärger um?“ *oder*
„*Man weiß, dass emotionale Reaktionen in gar keiner Weise davon beeinflusst werden, ob sie „nützlich“ sind oder nicht. In manchen Situationen ist man wütend, egal ob das nützlich ist oder nicht. Die Frage ist daher: was passiert mit Ihnen in der Situation?*“

8.4.2 Bagatellisierung und Relativierung

8.4.2.1 Strategien

Eine andere Möglichkeit, eine Bearbeitung des Problems zu erschweren und eine klärende Arbeit zu verhindern, ist Bagatellisierung.

Der Klient schildert ein Problem, bestimmte Symptome usw. Der Therapeut macht dann eine Fragestellung dazu auf (z.B.: „Was ist an diesem Problem für Sie besonders belastend?“). Hier könnte der Klient nun beginnen, in eine explizierende Arbeit einzusteigen. Um das zu verhindern, kann er stattdessen abwiegeln: das Problem sei eigentlich nicht so schlimm, man müsse das gar nicht weiter behandeln, es lohne sich im Grunde gar nicht, sich weiter darum zu kümmern. Geht der Therapeut darauf ein, ist das Problem weg: es ist aus dem Fokus und damit aus der Bearbeitung entschlüpft.

Wendet ein Klient diese Strategie exzessiv an, kann es passieren, dass gar keine Probleme mehr deutlich werden. Dies war z.B. bei einer unserer Psychosomatik-Klientinnen zu Therapiebeginn der Fall: sie hatte ihre körperlichen Beschwerden, aber darüber hinaus zerrannen dem Therapeuten alle Probleme sofort wieder zwischen den Fingern: angeblich war nichts so wichtig oder belastend, dass es hätte thematisiert werden müssen.

Um eine Klärungsarbeit betreiben zu können, benötigt man konkrete, definierte Ausgangspunkte: um zu bearbeiten, *was* an einer Situation für den Klienten bedrohlich ist, muss erst klar sein, *dass* die Situation bedrohlich ist. Um herauszuarbeiten, aus welchen Motiven ein Klient seinem Vater gegenüber verschüchtert handelt, muss klar sein, *dass* der Klient verschüchtert handelt.

Jede weiterführende, klärende, explizierende Fragestellung setzt voraus, dass man einen Inhaltsaspekt herausgearbeitet hat, an den man eine solche Frage stellen bzw. aus dem man eine solche Frage ableiten kann. Ist jedoch ein solcher Inhaltsaspekt *nicht* bestimmbar, dann ist es auch nicht möglich, weiterführende Fragen abzuleiten: die explizierende Arbeit sitzt fest.

Eine Möglichkeit, klärende Arbeit und damit die Betrachtung *eigener* Problemdeterminanten zu verhindern, ist Relativierung.

Bei *Relativierung* nimmt der Klient eine gerade getroffene Aussage teilweise wieder zurück, schwächt sie ab, bezeichnet sie als unsicher oder unzulässig o.ä.

Damit *verhindert er eine Festlegung* auf diese Aussage: die Aussage bleibt unbestimmt und ist daher als Ausgangspunkt weiterer Klärungsstrategien unbrauchbar.

Der Klient kann Relativierungen auf sehr unterschiedliche Weise durchführen. Er kann z.B. den *Geltungsbereich der Aussage* einschränken. Er sagt: „Ich fühle mich durch meinen Vater verunsichert.“ und relativiert dann: „Aber nur manchmal.“

Oder er bezweifelt die Validität seiner Aussage: „Ich weiß selbst nicht, ob ich mich durch meinen Vater verunsichert fühle.“.

8.4.2.2 Therapeutischer Umgang mit Bagatellisierung und Relativierung

Bagatellisierung ist eine Strategie, durch die der Klient eine weitere Bearbeitung eines Inhaltsaspektes blockieren kann: wenn alles nicht so schlimm ist, dann lohnt es kaum, sich länger darüber zu unterhalten.

Hier sollte ein Therapeut sich nicht bluffen lassen: gerade zu Beginn einer Therapie (und dort tritt diese Strategie besonders häufig auf) ist es noch gar nicht so entscheidend, unbedingt an den zentralsten Problemaspekten zu arbeiten. Vielmehr ist es wesentlich, dass der Klient lernt, wie man überhaupt in der Therapie arbeitet. Dies lernt er aber nicht aus Vorträgen des Therapeuten, sondern dies lernt er, indem der Therapeut ihm durch entsprechende Interventionen zeigt, worum es geht und was wichtig ist.

Außerdem ist es therapeutisch meist nicht wesentlich, wo man einsteigt: *ein Therapeut, der stringent arbeitet, kommt mit einem kooperativen Klienten praktisch von jeder beliebigen Stelle zu zentralen Inhaltsaspekten.*

Daher ist das Argument des Klienten, etwas Bestimmtes sei „nicht so schlimm“, „nicht so wichtig“ u.ä., hochgradig irrelevant: dies ist absolut kein Grund dafür, hier nicht in die therapeutische Arbeit einzusteigen.

Vielmehr geht es zu Beginn der Therapie und zu Beginn jedes neuen therapeutischen Themas erst einmal darum, *überhaupt* einzusteigen.

Der Therapeut antwortet daher:

– „Sie sagen, es ist nicht *so* schlimm. Aber es ist schon schlimm. Was ist denn schlimm daran?“

oder

– „Sie sagen, es sei nicht schlimm, nur etwas unangenehm. Mir ist aber noch nicht klar, was „unangenehm“ für Sie hier bedeutet. Können Sie das noch genauer sagen?“

Der Therapeut reagiert hier mit einer Haltung, die oft im Umgang mit Vermeidungsstrategien wesentlich ist. Es ist die Haltung: *„Im Gegenteil“*. Der Klient sagt, man brauche diesen Aspekt nicht genauer anzusehen, aber die Intervention des Therapeuten vermittelt: im Gegenteil, wir müssen uns diesen Aspekt sogar besonders gründlich ansehen.

Für Relativierung gilt im Prinzip das Gleiche wie für Bagatellisierung: der Therapeut sollte sich nicht bluffen lassen und nicht die Definition des Klienten übernehmen. Selbst wenn ein bestimmter Problemaspekt nur *einmal* aufgetaucht ist, kann man daran u.U. paradigmatisch sehr viel über Verarbeitungen, Schemata usw. des Klienten lernen. Daher besteht therapeutisch absolut kein Grund dafür, einen Inhaltsaspekt nicht aufzugreifen, nur weil er selten auftritt.

Nimmt der Klient eine Aussage wieder zurück, so ist das ebenfalls kein Grund, damit nicht zu arbeiten. Sagt der Klient z.B.: „Angst ist es nicht. Ich weiß nicht so recht, was es ist!“, dann hat der Therapeut hier eine Vielzahl von Möglichkeiten, sinnvoll zu intervenieren, z.B.:

- der Therapeut kann den Klienten fragen, was er denn genau spürt; der Klient soll sein Gefühl ernst nehmen und es klären;
- der Therapeut kann, im Sinne des Focusing, ein Gefühl auch klären, wenn es nicht klar bezeichnet werden kann: selbst mit diffusen Empfindungen kann klärend weitergearbeitet werden;
- der Therapeut kann die Frage aufwerfen, warum es so wichtig für den Klienten ist, alles wieder zu relativieren; oder was es dem Klienten so schwer macht, eine klare, präzise Aussage zu machen. Damit macht der Therapeut das Bearbeitungsproblem selbst zum Thema der therapeutischen Arbeit.

8.4.3 „Ich weiß nicht“

8.4.3.1 Strategie

Eine besonders beliebte Blockade weiterer Bearbeitung ist gleichzeitig eine besonders einfache: wenn die Klienten aufgefordert werden, etwas genauer zu gucken, wenn sie gefragt werden, was sie eigentlich wollen usw., dann antworten sie oft mit: „Ich weiß nicht!“.

Diese Reaktion hat auf unerfahrene Therapeuten in der Regel eine verheerende destruktive Wirkung: Ihnen geht es dann genauso und sie wissen auch nicht mehr, was sie nun tun sollen. Der einfache Satz hat daher eine verblüffend paralyisierende Wirkung auf den Prozess, obwohl man ihm, wie wir sehen werden, verblüffend einfach und effektiv begegnen kann. Daher haben wir diese Strategie in der Supervision auch den „Klienten-Bluff“ genannt: die Klienten bluffen ihre Therapeuten, die daraufhin das Spiel verloren geben.

Der Satz „ich weiß nicht“ wird besonders dann verwendet, wenn Therapeuten die Perspektive der Klienten nach innen lenken und sie auffordern, sich bezüglich bestimmter Problemaspekte

mit eigenen relevanten Motiven, Werten, Überzeugungen zu beschäftigen. Es ist eine Art Standardantwort auf Fragen wie:

- „Was ist Ihnen wichtig an X?“
 - „Was geht Ihnen zu dieser Situation durch den Kopf?“
 - „Was wollen Sie damit erreichen?“
 - „Was ist so schlimm für Sie an dieser Situation?“
- usw.

Es ist nun ganz wesentlich zu sehen, dass die Antwort „ich weiß nicht“ zweierlei bedeuten kann:

- der Klient hat keine „gute“ Antwort,
- der Klient will den Prozess blockieren.

Klienten antworten manchmal auf eine vertiefende (oder auch konkretisierende) Frage deshalb mit „ich weiß nicht“, weil sie glauben, dass der Therapeut eine „gute“, ausführliche Antwort hören möchte, sie aber keine solche Antwort haben. Sie wissen vielleicht selbst nicht so genau, was sie in einer Situation spüren, ihnen gehen vielleicht nur chaotische Gedanken durch den Kopf u.ä. Sie wissen vielleicht selbst mit diesen Informationen nicht viel anzufangen; viele Klienten halten auch diffuse Gefühle o.ä. nicht für eine relevante Informationsquelle, sondern eher für „Störgeräusche“, die man konsequent ausblenden muss. Viele Klienten trauen sich auch nicht, einem Therapeuten solch „unklare“ Information zu geben, z.B. aus Angst, sie könnten sich blamieren.

In solchen Fällen heißt die Antwort „ich weiß nicht“ eigentlich: „Ich weiß es selbst nicht so genau und ich traue mich nicht, das so zu sagen, was ich weiß.“ In diesem Fall hat der Klient durchaus nicht die Intention, den Prozess zu blockieren: er kommt vielmehr aufgrund ungünstiger Annahmen nicht weiter.

Die Antwort „ich weiß nicht“ kann jedoch eine ganz andere Intention haben: der Klient sagt „ich weiß nicht“, weil er einer bestimmten Spur nicht weiter folgen will. Die Bearbeitung eines bestimmten Inhaltes kann dem Klienten zu unangenehm, zu heiß werden. In diesem Fall kann er sagen, dass er nicht weiß, was er spürt, was ihm durch den Kopf geht usw. Damit verhindert er es, dem Therapeuten Informationen für weitere, unangenehme Fragen zu geben. Der Prozess ist damit an dieser Stelle abgeblockt und der Klient kann so verhindern, sich mit aversiven Aspekten weiter auseinander zu setzen.

„Ich weiß nicht“ ist daher oft mehr als nur die Aussage, dass der Klient an dieser Stelle Schwierigkeiten hat; es ist eine *aktive Blockade des Prozesses*.

8.4.3.2 Therapeutischer Umgang mit „ich weiß nicht“

Der therapeutische Umgang mit der Antwort „ich weiß nicht“ hängt davon ab, ob der Therapeut den Eindruck hat, dass der Klient im Prozess weiterarbeiten möchte, jedoch nicht weiß, wie er dies tun kann, bzw. sich selbst durch zu hohe Erwartungen blockiert oder ob der Klient eine weitere Bearbeitung des Themas verhindern möchte.

Hat der Therapeut den Eindruck, der Klient sagt „ich weiß nicht“, weil er glaubt, der Therapeut erwarte eine „gute“, elaborierte Antwort, die der Klient aber nicht liefern kann, dann sollte der Therapeut dem Klienten den Druck nehmen. Der Therapeut kann hier z.B. sagen: „Ich weiß, dass Sie hier noch keine perfekte Antwort haben. Das ist auch klar, denn wir arbeiten hier an Aspekten, die Ihnen ja auch noch gar nicht klar sind. Deshalb arbeiten wir ja auch daran. Ich erwarte daher von Ihnen keine perfekte Antwort. Das einzige, was wir brauchen, sind Spuren, Hinweise, mit denen wir weiterarbeiten können. Ich möchte Sie daher bitten, einmal bei diesem Punkt (in dieser Situation) zu bleiben und zu schauen: was geht Ihnen da durch den Kopf? Was spüren Sie?“

Der Klient soll hier lernen, dass Therapie gerade bedeutet, an Aspekten zu arbeiten, die *noch* nicht klar sind: hier muss man jede Information ernst nehmen, die man bringen kann, jede Spur, selbst wenn sie noch so vage ist.

Ein Therapeut hat hier somit mehrere Interventionsmöglichkeiten, die er kombinieren kann:

- Er kann die Schwierigkeiten des Klienten transparent machen, z.B.: „Ich habe jetzt den Eindruck, dass Sie sich jetzt unter Druck setzen, eine perfekte Antwort zu finden.“ Oder: „Haben Sie den Eindruck, dass ich jetzt eine perfekte Antwort erwarte?“
- Er kann den Klienten entlasten: „Ich erwarte keineswegs eine perfekte oder vollständige Antwort. Mir ist völlig klar, dass Sie diese Frage noch gar nicht genau beantworten können. Wenn Sie sie beantworten könnten, dann wäre die Arbeit an dieser Frage überflüssig, denn dann wäre ja schon alles klar.“
- Er kann dem Klienten deutlich machen, was er erwartet: „Ich möchte einfach, dass Sie mal die Frage auf sich wirken lassen und gucken, was Ihnen dazu einfällt. Gucken Sie mal, ob Sie etwas spüren, Ihnen ein Gedanke kommt o.ä.“

- Er sollte den Klienten vor allem auch instruieren, „Spuren“ ernst zu nehmen: „Was immer Sie spüren, was immer Ihnen einfällt, nehmen Sie es ernst. Auch wenn es noch ganz diffus und unklar ist. Es sind wichtige Hinweise, mit denen wir weiterarbeiten können.“

Diese Interventionen (die man u.U. mehrfach geben muss) sind in der Regel sehr hilfreich und veranlassen den Klienten, sich den relevanten „Spuren“ zuzuwenden und diese zu nutzen.

Klienten, die sich im Prozess in oben beschriebener Weise selbst blockieren, bemühen sich meist in hohem Maße selbst um Klärung: sie *bemühen* sich auch darum, Fragen des Therapeuten zu beantworten, haben dabei jedoch Schwierigkeiten. Klienten, die jedoch den Prozess blockieren wollen, zeigen dagegen gar keinen Versuch, die Fragen des Therapeuten zu beantworten: bevor der Klient überhaupt versucht hat zu tun, was der Therapeut angeregt hat, bevor er sich eine Situation und eigene Gefühle darin überhaupt angesehen hat, antwortet der Klient schon: „Ich weiß nicht!“.

Zur Einschätzung, ob der Klient Inhalte vermeidet, müssen jedoch noch mehr Aspekte berücksichtigt werden, wie z.B. fehlende Explizierung, fehlender Arbeitsauftrag usw. Kommt der Therapeut zu dem Schluss, ein „ich weiß nicht“ wird vom Klienten im Sinne einer Blockade verwendet, dann handelt der Therapeut nach der Devise: „Im Gegenteil“. In diesem Fall ist die Botschaft des Klienten an den Therapeuten ja: „Lassen Sie uns diesen Inhaltsaspekt möglichst nicht weiter/genauer ansehen bzw. möglichst schnell verlassen.“ Der Therapeut signalisiert dem Klienten jedoch mit seinen Interventionen: „Im Gegenteil: lassen Sie uns diesen Inhaltsaspekt besonders genau betrachten.“. Denn schon allein die Tatsache, dass der Klient einen Aspekt nicht betrachten will, lässt bereits erkennen, dass dieser Aspekt für den Klienten sowohl relevant als auch ungeklärt bzw. unintegriert ist. Und dies wiederum weist darauf hin, dass er *bearbeitungsbedürftig* ist.

Der Therapeut kann hier also sagen: „Ich weiß, dass es Ihnen schwer fällt, hier zu bleiben und weiter zu gucken. Das ist auch ganz klar. Denn wenn Sie hier alles ganz einfach beantworten und erzählen könnten, dann wäre ja alles schon geklärt. Und wenn es geklärt wäre, dann bräuchten wir nicht mehr zu gucken. Ich möchte Sie also bitten, hier zu bleiben und genau zu schauen, was Sie spüren oder was Ihnen durch den Kopf geht.“.

Der Therapeut geht damit zunächst sehr ähnlich vor, wie im Falle des „zu hohen Drucks“. Sagt der Klient dann aber immer noch „ich weiß nicht“, dann *erhöht* der Therapeut hier den Druck: „Ich weiß, dass es schwierig für Sie ist, aber ich möchte, dass Sie trotzdem dabeibleiben. Man weiß immer irgendwas: man spürt etwas, denkt etwas, selbst wenn es noch so diffus ist.“. Der Therapeut setzt damit eine „Gegennorm“, nämlich, dass es psychologisch

zu erwarten ist, dass eine Person irgendwelche Hinweise hat, was in der Tat ja auch zutreffend ist. Damit erhöht sich die Verpflichtung des Klienten, an dieser Stelle zu bleiben, das Ausweichen wird erschwert.

Sagt der Klient dann dennoch, dass ihm gar nichts einfällt, dann geht der Therapeut auf die Meta-Bearbeitungs-Ebene und macht das Verhalten des Klienten selbst zum Thema: „Ich möchte gerne mit Ihnen darüber sprechen, was es Ihnen jetzt so schwer macht, dabei zu bleiben und zu gucken.“ Der Therapeut kann den Klienten auch konfrontieren, z.B.: „Ich stelle Ihnen eine Frage, und Sie sagen sehr schnell „ich weiß nicht“. Sie nehmen sich gar keine Zeit hinzugucken und festzustellen, ob Sie etwas finden. Was spricht für Sie dagegen, es einmal zu versuchen, das Thema hier weiter zu klären?“ Damit bietet der Therapeut eine *Bearbeitung der Bearbeitung* an: die Vermeidung selbst wird zum Thema der Therapie.

Therapeuten sollten hier weder in Panik verfallen, noch aggressiv werden, sollte die Antwort des Klienten hier lauten: „Ich weiß nicht.“ Man *kann* als Therapeut gar nicht davon ausgehen, dass einige Interventionen den „Durchbruch“ erzielen: oft wird dem Klienten erst nach und nach klar, was er macht und es dämmt ihm allmählich, dass er etwas anders machen könnte, und dass dieses Andere vielleicht besser für ihn ist als das, was er jetzt tut. Der Therapeut sollte daher immer auf eine stringente Beibehaltung der Interventionsstrategie setzen: das Motto ist hier: „Das Ganze noch mal von vorn.“ Ist es dem Klienten noch nicht deutlich, muss es dem Klienten eben deutlich gemacht werden. Geduld ist nötig, doch leider ist das nicht jedes Therapeuten Sache.

Der Therapeut verwendet diese Strategien sehr stringent: ein „ich weiß nicht“ wird in der ersten Therapiephase immer wieder vorkommen, und der Therapeut sollte dem Klienten immer wieder deutlich machen, wie wichtig es ist, *gerade* an den unklaren Punkten zu bleiben, dort Fragestellungen zu entwickeln, Spuren zu folgen, Gefühle ernst zu nehmen usw. Alle diese Interventionen haben nicht nur die Funktion, den Klienten an eine konstruktive Bearbeitung eines bestimmten Problems heranzuführen.

Die Interventionen haben ebenfalls die Funktion, dem Klienten deutlich zu machen, wie er generell konstruktiv mit eigenen Problemen umgehen kann; sie sollten dem Klienten zeigen, worauf es ankommt, was wesentlich ist für eine konstruktive Arbeit. Das Ziel ist daher nicht nur, dass der Klient ein bestimmtes Problem löst: das Ziel ist, dass der Klient lernt, wie er selbst konstruktiv persönliche Probleme lösen kann. Der Klient soll in der Therapie eine neue Art der Problembearbeitung lernen. Und dies soll er dadurch lernen, dass der Therapeut ihm immer wieder deutlich macht, was er tun kann, was sinnvoll ist, worauf es ankommt. Dies ist

ein längerfristiger Prozess. Klienten lernen das nicht durch eine einzelne Intervention, sondern nur durch die stringente Anwendung von Interventionen.

8.4.4 Fragen beantworten, die man nicht gestellt hat

8.4.4.1 Strategie

Eine andere, besonders elegante und oft vom Therapeuten nur schwer zu erkennende Strategie, von einem Thema abzulenken und „unter der Hand“ einen neuen inhaltlichen Fokus zu etablieren, ist „Fragen beantworten, die man nicht gestellt hat“.

Der Therapeut stellt eine Frage. Der Klient antwortet mit einer (längeren) Antwort. Wenn man dann aus der gegebenen Antwort zurückschließt, wie die Frage dazu hätte heißen müssen, auf welche Frage dies also eine Antwort ist, dann sieht man, dass die so rekonstruierte Frage mit der Ausgangsfrage nur noch wenig zu tun hat. Im Zuge der Beantwortung ändert der Klient implizit die Frage so, dass er auf eine ganz andere Frage antwortet. Die Antwort steht aber noch (und das ist wesentlich) in einem locker-assoziativen Inhaltsverhältnis zur Ausgangsfrage. Die Strategie kann daher als pseudo-kommunikativ bezeichnet werden: scheinbar, oberflächlich betrachtet, setzt der Klient die Kommunikation fort, tatsächlich „würgt er aber einen bestimmten Inhaltsaspekt ab“.

Aus diesem Grund ist der Therapeut hier auch häufig irritiert: er hat den Eindruck, dass der Klient schon „irgendwie“ geantwortet hat, spürt aber, dass etwas nicht stimmt, weiß aber so schnell nicht zu sagen, wo der Fehler liegt. Um dies zu ergründen, hört er dem Klienten dann besonders aufmerksam zu: und damit folgt er diesem dann auf die neue Fährte.

Die beim Therapeuten erzeugte Irritation ist besonders dann dem Klienten nützlich, wenn der Therapeut die Schwierigkeit noch auf sich attribuiert: er habe vielleicht nicht richtig zugehört, eine unverständliche Frage gestellt usw. In diesem Fall wird der Therapeut dem Klienten, um seinen „Fehler“ wieder gutzumachen, besonders bereitwillig folgen. Diese Strategie ist, so kann man in Supervision immer wieder sehen, sehr erfolgreich, insbesondere bei weniger erfahrenen Therapeuten, die sich Schwierigkeiten in hohem Maße selbst zuzuschreiben pflegen.

8.4.4.2 Therapeutischer Umgang mit „Fragen beantworten, die man nicht gestellt hat“

Diese Ausweichstrategie ist bei Klienten sehr beliebt. Therapeuten haben oft Schwierigkeiten, diese Strategie zu erkennen, da die Klienten ja eine Antwort geben und diese Antwort meistens mit der Frage „irgendwas“ zu tun hat. Daher ist es oft nötig, Therapeuten systematisch darin zu trainieren, eine Klientenantwort daraufhin zu überprüfen, ob sie auf die Frage eingeht oder nicht.

Beim therapeutischen Umgang mit dieser Vermeidungsstrategie folgt ein Therapeut dem Prinzip: „Das Ganze noch einmal von vorn!“

Bemerkt der Therapeut, dass der Klient eine relevante (z.B. konkretisierende oder vertiefende) Frage im Grunde nicht beantwortet, dann stellt er die Frage neu. Dabei kann er selbst die Verantwortung für das entstandene Problem auf sich nehmen, z.B.: „Ich glaube, ich habe mich gerade etwas unklar ausgedrückt: meine Frage war...“

Der Therapeut kann hier auch versuchen, die Frage noch klarer, konkreter, kürzer zu formulieren als vorher, so dass sie vom Klienten möglichst nicht missverstanden werden kann.

Beantwortet der Klient die Frage immer noch nicht, dann kann der Therapeut sie erneut stellen, z.B. so: „Ein Aspekt ist mir immer noch nicht klar geworden...“ Der Therapeut lässt sich hier also nicht bluffen, sondern fokussiert die Aufmerksamkeit des Klienten immer wieder auf die zentralen Aspekte.

Der Therapeut hat damit zunächst verschiedene Interventionsmöglichkeiten:

- die Frage präziser, enger stellen; erläutern, was er gemeint hat o.ä., so dass die Möglichkeit eines Missverständnisses weitgehend ausgeschlossen werden kann;
- die Verantwortung übernehmen, insbesondere dann, wenn tatsächlich nicht klar ist, ob die Antwort des Klienten darauf zurückgeht, dass der Therapeut sich unklar ausgedrückt hat, z.B.: „Ich glaube, ich habe meine Frage unklar formuliert. Was ich meinte, war...“;
- einen speziellen Punkt herausgreifen, und diesen noch einmal fokalisieren: „Ein Aspekt ist mir immer noch unklar, es ist XY. Können Sie noch mal sagen, was Sie damit meinen?“

Beantwortet der Klient die Frage erneut ausweichend, dann kann der Therapeut auf die Bearbeitungs-Meta-Ebene gehen: er macht dem Klienten deutlich, dass dieser die Frage nicht beantwortet hat und macht dies zum therapeutischen Thema.

Z.B.: „Ich möchte Sie mal darauf aufmerksam machen, was Sie hier in der Therapie tun. Ich habe Sie jetzt zweimal nach X gefragt, und Sie haben zweimal Y geantwortet. Ich würde gerne mit Ihnen darüber sprechen, was es Ihnen so schwer macht, diese Frage zu beantworten.“

Hat der Therapeut den Klienten auf derartige Aspekte bereits öfter aufmerksam gemacht, kann die Konfrontation noch weitgehender sein, z.B.: „Mir ist öfter aufgefallen, dass Sie auf meine Fragen Antworten gegeben haben, die nicht auf die Fragen passten. Ich habe Sie ja auch schon öfter darauf aufmerksam gemacht. Ich würde gerne darüber sprechen, wieso es so schwierig für Sie ist, auf meine Fragen einzugehen.“

Die Konfrontation kann auch noch weitgehender sein: der Therapeut kann den Klienten auch darauf aufmerksam machen, dass Therapeuten und Klienten auf diese Weise praktisch „zwei Gespräche“ führen. Der Therapeut sollte dann dies zum Thema machen, wobei er Fragen ansprechen kann wie:

- Kennt der Klient eine solche Interaktion aus anderen sozialen Kontexten?
- Was ist für den Klienten so wichtig daran, sich der Frage nicht zu stellen?
- Hat der Klient Befürchtungen (z.B. kritisiert zu werden, peinliches zu enthüllen)?
- Ist es für den Klienten wichtig, bestimmte Informationen gar nicht an sich heranzulassen u.ä.

Wir haben häufig gesehen, dass eine derartige Bearbeitung Klienten zum ersten Mal deutlich gemacht hat, wie sie mit anderen umgehen: dem Klienten kann hier erschreckend deutlich werden, warum Interaktionspartner mit ihm Schwierigkeiten haben. Damit wird dem Klienten jedoch ein wesentlicher Aspekt seines Sozialverhaltens deutlich und dieser wird damit in der Therapie bearbeitbar.

Bei der Bearbeitung dieser (wie auch anderer) Vermeidungsstrategien ist es wesentlich, dass ein Therapeut ganz stringent vorgeht: er macht den Klienten im Prozess immer wieder und wieder auf diese Aspekte aufmerksam. Dies ist wesentlich, denn ein Klient bemerkt die eigene Strategie oder ihre Intentionen und Hintergründe nicht aufgrund einer einzelnen Intervention des Therapeuten.

Diese Stringenz ist wesentlich, um dem Klienten deutlich zu machen,

- dass eine Fokalisierung auf bestimmte Inhalte nötig ist und der Therapeut dies erreichen will;
- dass der Therapeut keineswegs geneigt ist, die Regeln vom Klienten bestimmen zu lassen;
- dass der Therapeut das Ausweichen sehr wohl bemerkt, den Klienten aber darauf aufmerksam machen will.

Wiederum sei betont: der Therapeut muss solche Konfrontationen einbetten in eine tragfähige Beziehung und dem Klienten durch die *Art* der Aussage deutlich machen, dass es ihm nicht, in gar keiner Weise darum geht, den Klienten „zu überführen“, zu kritisieren o.ä. Es geht dem Therapeuten nur darum, den Klienten auf bestimmte Aspekte aufmerksam zu machen, damit

der Klient selbst versteht, wie er mit sich und mit anderen umgeht. Es geht darum, dass der Klient sein eigenes Handeln repräsentiert und auf diese Weise weiter klären kann, welche Intentionen, Motive, Ziele usw. diesem Handeln zugrunde liegen. Der Therapeut will dem Klienten damit letztlich eine Selbstregulation ermöglichen. Genauso muss der Therapeut dies aber auch vermitteln (können): als ernstlich gut gemeinter Hinweis, selbst etwas wahrzunehmen und als wichtig zu betrachten. Der Therapeut signalisiert: nehmen sie ihr Handeln ernst!

8.4.5 Thematische Sperren

8.4.5.1 Strategie

Klienten können versuchen, einer Bearbeitung eines bestimmten Themas von vornherein vorzubauen. In diesem Fall bemühen sie sich, bestimmte Themenbereiche zu „sperren“. Sie tun dies dann meist in einer Weise, die nicht weiter auffällt: sie sagen *nicht*, dass sie bestimmte Themen nicht behandeln *wollen*, sie sagen vielmehr, dass bestimmte Themen *nicht behandelt werden müssten*.

Typische Argumente sind:

- *Dieser Themenbereich ist in Ordnung*: So sagen viele unserer Psychosomatik-Klienten schon zu Beginn der Therapie völlig ungefragt, ihre Ehe sei „völlig in Ordnung“ (das Rezept dazu sollten sie publizieren, damit ließe sich viel Geld machen!). Dieser dezente Hinweis enthält die Botschaft an den Therapeuten, man möge dieses Thema doch bitte aus der Bearbeitung ausklammern, denn es enthalte ja keinerlei Probleme.
- *„Das Problem habe ich schon gelöst!“* oder *„Das ist nicht mehr aktuell!“*: Auch hier ist die Botschaft, die Behandlung dieser Aspekte sei reine Zeitverschwendung und sollte daher besser unterbleiben.
- *„Das ist mir schon alles klar!“* ist ein häufiges Statement. Soll heißen: lassen wir das und wenden wir uns etwas anderem zu. Und implizit stellt der Klient die Frage an den Therapeuten: „Willst Du das etwa bezweifeln?!“
- *„Das habe ich alles schon gesagt!“*: Dies ist eine besonders interessante Variante, denn sie enthält nicht nur die Botschaft, es ist Zeitverschwendung, es noch mal zu besprechen. Sie enthält implizit gleichzeitig eine Warnung an den Therapeuten: „Wenn Du das noch

mal fragst, muss ich mich fragen, ob Du nicht zugehört hast oder mich nicht ernst nimmst!“

Die Aussage enthält gleichzeitig eine *Einschüchterung* des Therapeuten, denn dieser steht, nach Meinung des Klienten, in der Gefahr, sich lächerlich zu machen.

8.4.5.2 Therapeutischer Umgang mit thematischen Sperren

Kommen thematische Sperren zu Beginn einer Therapie vor, dann sollte ein Therapeut sie zwar registrieren, aber nicht explizit auf sie eingehen. Sehr häufig blenden Klienten bestimmte, unangenehme Themen zu Beginn aus der Therapie aus, weil ihr Vertrauen zum Therapeuten noch nicht ausreicht, derart unangenehme Themen „auszupacken“. Dies kann sich dann im Verlauf der Therapie sehr stark ändern: sobald der Klient dem Therapeuten persönlich und fachlich vertraut, traut er sich auch, peinliche Themen anzusprechen. Auf diese Weise entfallen im Therapieprozess in der Regel viele thematische Sperren, die Klienten zu Beginn aufgemacht haben, von selbst. Aus Diesem Grund macht es in der Regel wenig Sinn, diese Sperren zu Therapiebeginn zu bearbeiten: der Therapeut sollte sie registrieren und speichern, um die entsprechenden Themen später in der Therapie anzusprechen, falls der Klient es nicht von sich aus tut.

Anders liegt der Fall, wenn der Klient später in der Therapie (nach der zehnten Stunde) thematische Sperren aufmacht: in diesem Fall sollte der Therapeut dies *nicht* übergehen, sondern die Sperre transparent machen und bearbeiten.

Dabei geht der Therapeut davon aus,

- dass prinzipiell alles in der Therapie bearbeitbar sein sollte, da ansonsten u.U. hoch relevante Aspekte ausgeblendet werden können;
- dass nichts als „klar“ oder „gelöst“ angesehen werden sollte, was nicht geprüft ist;
- dass es keinen Grund gibt, ein Thema nicht noch einmal zu behandeln, z.B., um es noch weiter zu klären, zu verbessern, zu prüfen usw.

Der Therapeut folgt damit wieder der Devise: „Im Gegenteil“. Die Botschaft des Klienten ist: „Lass uns nicht hinschauen“ und die Botschaft des Therapeuten ist: „Im Gegenteil: lass uns genau hinsehen!“

Sagt der Klient z.B.: „Ich habe keinerlei Probleme in meiner Beziehung.“, dann kann der Therapeut

- eine *Gegennorm* setzen, z.B.: „Es ist, nach allem was man weiß, sehr unwahrscheinlich, dass jemand gar keine Probleme in einer Beziehung hat. Konflikte sind etwas völlig

normales. Daher werden Sie sicher auch irgendwelche Punkte haben, die Sie stören.“ Was der Therapeut hier tut, ist eine „foot-in-the-door-Strategie“: er möchte den Klienten veranlassen, irgendeinen relevanten Inhalt zu thematisieren, um dem Klienten auch deutlich zu machen, dass auch *darüber* in der Therapie gesprochen werden kann. Er kann dem Klienten *erläutern*, dass es sinnvoll sei, dennoch wichtige Lebensbereiche in der Therapie auch dann zu thematisieren, wenn sie nicht auffällig problematisch sind, da oft Probleme „verdeckt“ sind. Ein solches Argument eignet sich meist in Kombination mit Argument 1.

Der Therapeut macht deutlich,

- dass es Probleme gibt,
- dass man sie anschauen kann und
- dass man in der Therapie grundsätzlich erst dann davon ausgehen sollte, etwas sei o.k., wenn man es geprüft hat.

Besteht der Klient trotz derartiger „strukturierender Aussagen“ darauf, einen Bereich nicht bearbeiten zu wollen, dann kann der Therapeut den Klienten fragen, was dagegen spricht, sich bestimmte wichtige Lebensbereiche nochmals gründlich anzusehen: eigentlich spricht nichts dagegen, insbesondere nicht, wenn man gründlich arbeiten will. Blockiert der Klient hier (z.B.: „Ich weiß ja, dass alles in Ordnung ist.“), dann kann der Therapeut den Klienten konfrontieren: „Es ist Ihnen wichtig, dass wir auf keinen Fall dieses Thema behandeln, auch nicht probeweise oder aus Gründen der Gründlichkeit.“

Sagt ein Klient, ein bestimmter Bereich (Ehe, Arbeit o.ä.) sei „völlig in Ordnung“, dann kann der Therapeut dem Klienten sagen:

„Es kann sein, dass dort keinerlei Probleme auftreten. Wir wissen jedoch aus therapeutischer Erfahrung, dass solche Bereiche trotzdem sehr wichtig sein können. Für eine gründliche Therapie ist es daher sehr wichtig, keinen Aspekt unberücksichtigt zu lassen. Daher würde ich Sie bitten, etwas zu dem Bereich zu sagen.“

Ein Therapeut muss nicht sofort auf eine thematische Sperre dieser Art eingehen. Oft behält ein Therapeut dies im Kopf, um es später zu thematisieren, falls es dann vom Klienten noch nicht thematisiert wurde (nicht alles, was ein Therapeut versteht, muss er sofort in Handlung umsetzen). Akzeptieren sollte der Therapeut die thematische Sperre jedoch nicht: er sollte sich auf keinen Fall davon abhalten lassen, einen relevanten Aspekt anzusprechen!

Sagt der Klient, ein bestimmtes Problem „sei schon gelöst“, dann gibt es zwei Möglichkeiten:

- Das Problem ist tatsächlich schon gelöst: dann wäre es sehr wichtig zu wissen, wie dem Klienten diese Lösung gelungen ist. Dies könnte wichtige Informationen über Ressourcen und Lösungskompetenzen des Klienten beinhalten, die man in der Therapie weiter ausbauen könnte.
- Das Problem ist keineswegs gelöst, der Klient möchte das Problem aber nicht weiter bearbeiten: in diesem Fall kann der Therapeut der thematischen Sperre auf keinen Fall folgen.

Das nicht bearbeitbare Problem kann u.U. Auswirkungen auf andere Probleme haben, die ohne dessen Einbezug gar nicht sinnvoll angegangen werden können.

In jedem Fall aber macht es Sinn, dass der Therapeut diesen Aspekt prüft: er sollte den Klienten bitten, zu beschreiben, was das Problem war, wie er es gelöst hat und wie es ihm jetzt damit geht. Der Therapeut kann dabei auch darauf hinweisen, wie wichtig es für die Therapie ist, bisherige erfolgreiche Lösungsstrategien des Klienten zu kennen.

Hier verweigert der Klient in der Interaktion direkt die Antwort auf eine Frage. Dies erzeugt für den Therapeuten eine andere Situation: kann er in den beiden vorhergehenden Fällen seine Intervention auch aufschieben (und zu einem späteren Zeitpunkt ausprobieren), so steht er hier unter Handlungsdruck. Er muss etwas machen, da der Interaktionsprozess sonst blockiert ist. Therapeuten haben hier oft die Befürchtung, dass der Klient hier ärgerlich wird, wenn sie insistieren („Haben Sie etwa nicht zugehört?“), oder er den Therapeuten kritisiert („Genügt Ihnen das noch nicht, um sich ein Bild zu machen?“). Der Therapeut sollte sich aber auf keinen Fall vom Klienten einschüchtern und kontrollieren lassen, sondern den Klienten ganz klar und stringent bitten, bestimmte Dinge noch einmal zu sagen.

Der Therapeut kann hier z.B. äußern:

- „Ich weiß, wir haben das schon besprochen. Aber in der Therapie muss man sich oft bestimmte Aspekte mehrmals ansehen, immer unter einer etwas anderen Perspektive. Daher möchte ich Sie bitten, noch einmal auf den Aspekt XY einzugehen.“
oder
- „Ja, wir haben schon Aspekte davon behandelt. Aber Probleme sind meist so komplex, dass man niemals mit einem Mal alles erfassen kann.“

Der Therapeut kann hier auch betonen, dass es für eine gründliche Therapie unerlässlich ist, genauer hinzusehen.

Der Therapeut kann die Vermeidung aber auch zum Thema machen, z.B.: „Sie sagen, Sie haben das schon erzählt. Jedoch wird nun klar, dass wir das Problem noch nicht völlig

verstanden haben. Ich verstehe nicht ganz, was für Sie dagegen spricht, noch einmal genau hinzuschauen?“

8.4.6 Unlösbarkeitskonstruktionen

8.4.6.1 Strategie

Unlösbarkeitskonstruktionen sind solche Strategien, bei denen Klienten ein Problem als nicht lösbar definieren, z.B.

- „Da kann man nichts machen.“
- „Da gibt es keine Lösung.“
- „Ich kann das nicht ändern.“

Unlösbarkeitskonstruktionen haben bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen immer einen appellativen Charakter der Art: „Ich kann es nicht lösen, also, lieber Therapeut, löse Du es für mich. Streng Dich an und gib Dir gefälligst Mühe.“

Bei Klienten mit CEDE (chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) haben Unlösbarkeitskonstruktionen dagegen *resignativen* Charakter: Der Klient ist davon überzeugt, dass er nichts tun kann und dass „man“ nichts tun kann. Infolgedessen erwartet er vom Therapeuten auch gar nicht, dass der etwas tun kann.

Dennoch sind diese Konstruktionen sehr ungünstig, denn der Klient definiert einen Aspekt des Problems als unlösbar und damit auch als nicht bearbeitbar: Folgt man dieser Konstruktion, dann wird der Aspekt damit tatsächlich unlösbar!

8.4.6.2 Therapeutischer Umgang

Daher sollte ein Therapeut solche Konstruktionen niemals stehen lassen, denn sie können leicht die therapeutische Arbeit vollständig sabotieren. Sagt ein Klient z.B. „Da gibt es keine Lösung.“, dann kontert der Therapeut: „Ich verstehe, dass Sie im Augenblick keine Lösung sehen, aber Sie sind ja nun bei einem Therapeuten und hier sollten wir nun mal ganz anders an die Sache herangehen, als Sie das normalerweise tun. Daher schlage ich Ihnen vor, dass wir zunächst einmal versuchen, das Problem ganz neu zu analysieren und versuchen, es zunächst einmal ganz genau und gründlich zu verstehen. Meiner Erfahrung nach ergeben sich aus einem neuen Verständnis des Problems dann auch ganz neue Ansätze für eine Lösung.“ Auch hier gilt somit: Klären vor lösen. Und insbesondere gilt: Klären vor resignieren!

Literatur

- Dollard, J. & Miller, M.E. (1950). *Personality and Psychotherapy*. New York: McGraw Hill.
- Martin, D.G. (1972). *Learning-based client-centered therapy*. Monterey, California: Brooks, Cole.
- Sachse, R. (1990). Schwierigkeiten im Explizierungsprozeß psychosomatischer Klienten: Zur Bedeutung von Verstehen und Prozeßdirektivität. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 191-205.
- Sachse, R. (1991). Probleme und Potentiale in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Klienten. In: J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und Psychosomatischen Erkrankungen*, 197-215. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1993). Gesprächspsychotherapie mit psychosomatischen Klienten: Eine theoretische Begründung der Indikation. In: L. Teusch und J. Finke (Hrsg.), *Die Explizierung der Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie auf der Ebene eines sprachpsychologischen Modells*, 173-193. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. (1994). Veränderungsprozesse im Verlauf Klientenzentrierter Behandlung psychosomatischer Patienten. In: K. Pawlik (Hrsg.), *39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, 601-602. Hamburg: Psychologisches Institut I der Universität Hamburg.
- Sachse, R. (1995a). *Der psychosomatische Klient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1995b). Psychosomatische Störungen als Beeinträchtigung der Selbstregulation. In: S. Schmidtchen, G.-W. Speierer, H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, 2, 83-116. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1995c). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen. In: J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, 27-49. Köln: GwG.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (1997a). Clientgerichtete Psychotherapie bij psychosomatische stoornissen. *Tijdschrift voor Clientgerichte Psychotherapie*, 35, 5-32.
- Sachse, R. (1997b). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 90-107.
- Sachse, R. (1998). Goal-oriented Client-centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. In: L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential Psychotherapy*, 295-327. New York: Guilford.
- Sachse, R. (1999). *Psychotherapie psychosomatischer Magen-Darm-Erkrankungen. Psychologische und somatische Veränderungen und Reduktion der Gesundheitskosten*. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006a). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006b). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.