

13 Therapeut-Patient-Beziehung bei Menschen mit Zwangsstörungen

Nicolas Hoffmann

Die Komplexität der Zwangserkrankung, zusammen mit der relativen Unerfahrenheit vieler Therapeuten im Umgang damit, führt dazu, dass Zwangskranke nach wie vor eine Population bilden, der man in professionellen Kreisen doch lieber aus dem Weg geht. Die Therapie steht im Ruf, aufwändig zu sein und zudem gelten zwangskranke Patienten als undankbar, weil sie, dem Hörensagen nach, oft mit unglaublicher Hartnäckigkeit an ihrer Störung festhalten, statt „loszulassen“, was nun wirklich das Mindeste wäre, was man von ihnen verlangen könnte. Schließlich weiß man nie genau, ob sie nicht doch in Wirklichkeit eine Psychose haben. Das wäre immerhin eine Erklärung für ihr oft mehr als merkwürdiges Gehabe, für ihre Uneinsichtigkeit und die Unbill, die sie quer durch die Lande Therapeuten jeglicher Ausrichtung bereiten. Auch wenn heutzutage in der Verhaltenstherapie ein therapeutisches Instrumentarium zur Verfügung steht, dass zum ersten Mal eine strukturierte, empirisch erprobte und Erfolg versprechende Herangehensweise an die Behandlung von Zwangserkrankungen gewährleistet, so ist die Art der Beziehungsgestaltung zu Zwangskranken so gut wie nicht in der Literatur beschrieben. In diesem Beitrag soll versucht werden, einige Hinweise dazu zu geben und die Entwicklung der Therapeut-Patient-Beziehung in einzelne Abschnitte zu gliedern, die typisch für die Therapie von Zwangskranken zu sein scheinen.

Kontaktaufnahme und Initialphase

Was führt die Zwangskranken dazu, eine Therapie beginnen zu wollen? In welcher Haltung begegnen sie in der Regel ihren Therapeuten? In den seltensten Fällen ist es so, dass dem Therapiebeginn eine innere Auseinandersetzung mit dem Gesamtstörungskomplex vorausgegangen ist. Kaum ein Kranker hat über einen längeren Zeitraum hinweg über sein Leiden nachgedacht und ist dann zu der Einsicht gelangt, dass das Ganze einer kritischen Überprüfung durch den Verstand nicht standhält und dass die negativen Erwartungen, die sich aus seinen zwanghaften Befürchtungen und Aversionen ergeben, sich nicht an der Wirklichkeit bestätigen lassen und ist so zu dem Entschluss gekommen, den ganzen Komplex, den er nun als „Krankheit“ bezeichnet, therapeutisch angehen zu wollen. In den meisten Fällen hat der Leidensdruck, der schließlich zum Aufsuchen eines Therapeuten führt, andere Ursachen. Ausschlaggebend ist fast immer die zunehmende Aufwändigkeit des Abwehrverhaltens und die steigende innere Unsicherheit bei dessen Ausführung, die immer mehr kollidieren

mit anderen Interessen der Betroffenen oder mit denen näherer Kontaktpersonen, die in das zwanghafte System einbezogen sind und auch darunter leiden.

Im Rahmen des Denkverbots über die Sinnhaftigkeit seines Systems, das der Zwangskranke sich sozusagen selbst auferlegt hat, kommt es so gut wie nie vor, dass er eine einigermaßen konsistente und distanzierte Haltung dazu einnimmt. Dadurch ist seine Zielsetzung für eine Therapie relativ unklar und wechselnd sowie das Ansinnen an den Therapeuten widersprüchlich: Er will Hilfe, wird aber im Lauf der Therapie eine Art Schützengrabenkrieg zur Rettung seines zwanghaften Gedankengutes veranstalten. Hat man ihn aus dem vordersten Graben vertrieben, so wird er in den nächsten ausweichen, um dort die Verteidigung des Zwangs neu zu organisieren.

Man erwarte als Therapeut am Anfang der Therapie vom Patienten keine einheitliche Stellungnahme zu seinem Zwang, unter dem Vorwand, man wolle daran die Ernsthaftigkeit seiner Absichten, seinen Veränderungswillen oder seine Motivation prüfen. Man wird sie nicht erlangen, höchstens auf der Ebene eines Lippenbekenntnisses. Bleibt man hartnäckig, fühlt sich der Patient irritiert, unverstanden und unter Druck gesetzt. Er wird dadurch sehr früh eine Reaktanzhaltung einnehmen, die dem weiteren Geschehen in keiner Weise zuträglich ist. Erhält man vom Patienten keine überzeugende Distanzierung von den ideellen Grundlagen des Zwanges, die aus seiner Sicht einem Klein-Beigeben gleichkämen, so ist das auch kein Grund, ihn für psychotisch zu erklären. Eine solche Erklärung seitens des Patienten ist auch keine Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Die innere Haltung seinem Zwang gegenüber wird sich im Lauf der gesamten Therapie verändern und bildet eines der essenziellen Ergebnisse therapeutischer Maßnahmen.

Eine zweite Eigenart hängt mit diesem Aspekt zusammen und sollte vom Therapeuten von vornherein mit ins Kalkül gezogen werden. Zwangskranke neigen dazu, sich nicht für gewöhnliche Kranke zu halten, sondern sind davon überzeugt, dass ihre Lage einzigartig ist: Man kann beim besten Willen nicht sagen, dass alles in Ordnung sei, wir haben Schwierigkeiten und deshalb sind wir ja auch hier. Aber eine simple Krankheit, die man einigermaßen durchschauen und über die man überall nachlesen kann, haben wir nicht. Es ist alles viel komplizierter. Das Ziel kann nicht darin bestehen, so zu werden, wie alle anderen auch. Auf der einen Seite wissen wir nicht genau, wie die anderen sind, und wollen es in Wirklichkeit auch gar nicht so recht wissen. Diejenigen, die wir im täglichen Leben beobachten können, etwa bei ihrer Art, Verantwortung wahrzunehmen oder die elementaren Regeln der Hygiene einzuhalten, sind wahrlich keine erstrebenswerten Vorbilder. Ein Urteil müssen sie sich allemal gefallen lassen: Sie sind oberflächlich und machen es sich leicht. Das kann es auch nicht sein. Auf der anderen Seite übertreiben wir vielleicht ein wenig und machen es uns zu schwer. Wo liegt die Wahrheit? Was ist richtig? Keiner kann die einzigartige, schwierige Situation, in der die Kranken sich befinden, je verstehen, davon sind sie überzeugt. Mit banalen Ratschlägen, sie mögen doch dieses oder jenes einfach lassen und sich benehmen wie alle anderen auch, damit ist ihnen nicht zu helfen. Das sei gleich vorausgeschickt.

„Ich weiß nicht genau, worin Ihre Therapie besteht und wen Sie alles behandelt haben. Aber Sie müssen wissen, dass bei mir alles anders ist. Ich bin darüber hinaus ein Mensch, der eigenständig denkt, und verlange von meinem Gesprächspartner dasselbe. Kommen Sie mir nur nicht mit irgendwelchen therapeutischen Schablonen. Sonst werden Sie Schiffbruch erleiden,“ eröffnete mir einmal ein Pa-

tient beim Erstgespräch. Dann durfte ich (zum wie vielen Male in dem Monat?) erfahren, dass man sich mindestens die Beulenpest holen kann, wenn man den Schreibtisch des „schmuddeligen“ Bürokollegen streift.

Als Reaktion auf diese von Konfusion, Widersprüchlichkeit, Skepsis, ja von Misstrauen geprägte Einstellung des Patienten zu Therapiebeginn, ist es unentbehrlich, dass er von Anfang an das Interesse und die auf den Zwang bezogene Sachkompetenz des Therapeuten erfährt.

Durch gezielte Fragen (selbstverständlich nicht nur im Erstkontakt) muss der Therapeut eine genaue Kenntnis sowohl des Befürchtungs- als auch des Abwehrsystems erlangen. Das ist nicht nur unentbehrlich, um die spätere Therapie angemessen zu organisieren, sondern auch, um dem Patienten in zunehmendem Maße den Eindruck zu nehmen, dass sich in ihm ein „undurchdringliches, von niemandem nachvollziehbares Spiel dunkler Mächte“ abspielt, um die Beschreibung eines Kranken zu benutzen.

Der Therapeut sollte auch nicht zögern, auf zwanghafte Abläufe hinzuweisen, die der Patient noch nicht ausgesprochen hat, die sich jedoch aus der Logik des Systems heraus aller Erfahrung nach so abspielen müssen (Hoffmann 1994b). Wenn wir auf diese Art die Struktur des individuellen Zwangssystems vollständig verstanden haben, sodass wir praktisch jede zwangsbedingte Reaktion vorhersagen können, dann wird der Patient erleichtert feststellen: Sie verstehen ja wirklich, wie es bei mir abläuft.

Wenn Kranke über ihre bisherigen gescheiterten Therapien berichten, so erzählen sie übereinstimmend über typische Eindrücke, die sie sehr früh an einem möglichen Therapieerfolg hätten zweifeln lassen: „Er machte sich nicht die Mühe, genau nachzufragen.“ „Ich merkte sofort, dass er die falschen Fragen stellte.“ „Er sah mich ganz vorwurfsvoll an, so als würde ich ihm Märchen erzählen.“ „Er fing gleich an, mir allgemeine Ratschläge zu geben und appellierte an meinen gesunden Menschenverstand.“ „Er wirkte zögerlich und unentschlossen.“ „Am Ende machte er einen völlig ratlosen Eindruck.“

Gemeinsames Erkunden

Wenn der zwanghafte Patient eine Therapie beginnt, so hat er in der Regel nie richtig gegen den Zwang angekämpft oder zumindest den Kampf längst aufgegeben. In einigen Fällen sind die zwanghaften Ideen mit der Kraft von Naturgewalten zu einem bestimmten Zeitpunkt über ihn hereingebrochen, wie beim Auftauchen der Vorstellung des sich Waschenmüssens nach dem Kontakt mit einer bislang völlig indifferenten Substanz. In anderen Fällen haben sie sich allmählich (wenn auch mit Akzelerationen) gesteigert und sein Leben überwuchert, wie beim Kontrollieren oder wie bei der zwanghaften nicht endenwollenden Beschäftigung mit einem bestimmten Thema. In beiden Fällen sah sich der Kranke gezwungen, einen Überlebenskampf zu führen, um trotz der zwangsbedingten Einschränkungen seine wahren Lebensinteressen so gut wie möglich zur Geltung kommen zu lassen. Für eine wirkliche kausal gegen die Grundlagen des Zwangs geführte Auseinandersetzung fehlte ihm die Zeit, die Energie, das Know-how und wohl auch die innere Bereitschaft.

Der Kranke fühlt sich dissoziiert, auf der einen Seite als Person mit normalen Einsichten und Bedürfnissen, auf der anderen Seite dennoch ständig bedroht durch den Zwang, der in den meisten Situationen im Hintergrund mitschwingt und anlässlich einer Begebenheit, einer Wahrnehmung oder eines Gedankens blitzschnell ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt und die Situationsdefinition völlig an sich reißt. Er ist zwar aus Gründen der inneren Konsistenz bemüht, den Zwang mit seinen überwertigen Ideen und seltsamen Empfindungen zu integrieren, indem er versucht, ihn mit allgemein gültigen Werten (wie Sauberkeit, Ordnungsliebe usw.) zu begründen. Dennoch erlebt er ihn überwiegend als fremd, als übermächtig und über ihn bestimmend, sich selbst dagegen als klein, hilflos und ausgeliefert.

In der ersten Therapiephase sollte eine gemeinsame Erkundung dieser fremdartigen und bedrohlichen Instanz im Selbst erfolgen. Patient und Therapeut machen sich zusagen auf den Weg, um den Zwang „am Werk“ zu sehen, in seiner Interaktion mit den anderen Anteilen der Person zu beobachten und zu erproben. Wenn möglich, sollte auch schon damit experimentiert werden, wenn auch in kleinen Variationen der üblichen Abläufe.

Die Absicht, die der Therapeut in dieser Phase hat, besteht darin, beim Patienten ein besseres Verständnis der Abläufe in ihrer gesamten Differenziertheit zu wecken. Bislang hat dieser immer stereotyp nach den Regeln des Zwangs reagiert, in vielen Fällen quasi automatisiert, meist ohne seine inneren Reaktionen oder sein Verhalten im geringsten zu hinterfragen. Nun soll er das alles viel bewusster erleben und beginnen, sich dabei Fragen zu stellen. Darüber hinaus sollen durch experimentierende Variationen sein innerer „Probierraum“ sowie sein Handlungsspielraum allmählich erweitert werden unter Auswertung der Konsequenzen und der Rückwirkungen auf seine Verfassung.

Die Therapeutenhaltung, die dafür notwendig ist, folgt einer doppelten Strategie. Einmal muss der Patient dazu angeleitet werden, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen. Die Bereitschaft dazu kann nicht ein für alle Mal vorausgesetzt werden, muss er doch dabei streckenweise gegen sein Gefühl und gegen eingeschliffene Vermeidungstendenzen handeln. Was der Patient sich in jedem Therapieschritt schon inhaltlich zutraut, darüber hat er selbst zu entscheiden. Aber alle Patienten berichten im Lauf der Therapie oder danach, dass ein gewisser Druck seitens des Therapeuten notwendig war, damit sie die konkrete Arbeit in Angriff nehmen konnten. Ohne ihn hätten sie sich eine solche aktive Herangehensweise oft nicht zugetraut und hätten statt dessen zu gern zu endlosen Diskussionen und anderen Ablenkmanövern ihre Zuflucht genommen. Allein schon das Zu-Ende-Denken bestimmter Abläufe der Krankheit, das Konkretisieren von Gedanken, das bewusste Wahrnehmen von Empfindungen und Gefühlen und das Ins-Auge-Fassen von Alternativen sind hervorragende Mittel gegen den Zwang. Üblicherweise bleibt alles im Vagen und das Nachdenken darüber bleibt schon in den Anfangsstadien stecken.

Aber die Anleitungsfunktion, die der Therapeut in diesem Therapieabschnitt zwangsläufig übernehmen muss, hat eine Kehrseite: In Bezug auf die Zweifel, Unsicherheiten, Grübeleien und Unvollständigkeitsgefühle, die typisch für den Patienten im Umgang mit kritischen Situationen sind, entwickelt er dem Therapeuten gegenüber, hat er einmal ein Minimum an Vertrauen gefasst, geradezu eine Art Hörigkeit. Der Therapeut wird zur letzten Instanz erhoben, wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen, und es entwickelt sich eine wahre Sucht nach Rückversicherung, die der Patient in seinem bisherigen Leben schon immer versucht hat, von Personen in

seiner Umgebung zu erlangen. In der Literatur wird gelegentlich der Standpunkt vertreten, der Therapeut müsse sich von vornherein weigern, diese Rolle zu übernehmen, um den Patienten von Anfang an dazu zu zwingen, eigenständig Entscheidungen zu treffen, auf jede Beruhigung zu verzichten oder selbst dafür zu sorgen, statt sie sich von außen zu holen (Salkovskis u. Kirk 1996). Ich halte diese Auffassung für falsch. Der Patient geht nun in einer viel aktiveren und experimentierfreudigeren Art an die zwangsbelasteten Situationen heran. Nur dadurch, dass er gestützt wird, dass ihm jemand zur Seite steht, der zumindest einen Teil der Verantwortung mitträgt, kann er diese Erfolg versprechende Haltung beibehalten und ausbauen. Das Verhalten dem Therapeuten gegenüber kann in dieser Phase gelegentlich merkwürdige, geradezu ritualisierte Formen annehmen. Ein Patient mit Kontaminationsängsten z. B. ruft dann mit der Frage an: „Ich war heute Mittag in der Mensa und habe sogar richtig essen können. Der Tresen kam mir aber wieder so schmutzig vor. Habe ich ihn trotz aller Vorsicht mit dem Hosenbein gestreift?“ Die Antwort des Therapeuten hat selbstverständlich zu lauten: „Nein, Sie haben ihn nicht gestreift. Gehen Sie morgen wieder hin und guten Appetit.“

Selbstverständlich muss der Patient einmal lernen – und das wird ein entscheidender Schritt sein –, allein mit seinen zwangsbedingten Zweifeln umzugehen oder aber die Unwichtigkeit der Frage als solche einzusehen. Aber in einem frühen Therapiestadium würde er sich eine Aktivität wie auswärts zu essen unter Umständen überhaupt nicht zutrauen, wenn er nicht das Gefühl hätte, dass jemand dabei ist oder zumindest im Hintergrund steht, der bereit ist, ihn von außen zu stützen, solange er selbst die entsprechenden Leistungen noch nicht erbringen kann. In jedem Fall muss die Sequenz samt Anruf Thema der nächsten Sitzung sein und soll akribisch analysiert werden, auch unter dem Aspekt möglicher Alternativreaktionen des Patienten, die er dann bei seinem nächsten Ausgang ausprobieren soll. Die allmähliche Zurücknahme solcher auf den ersten Blick kontraindizierten Hilfestellungen stellt ein schwieriges Problem dar, scheint mir aber von beiden Seiten zu bewältigen zu sein.

Die für diese Therapiephase typische Kombination von Lenkung und Unterstützung stellt eine Anforderung an das Verhalten des Therapeuten, die man wie folgt charakterisieren kann: Er muss in all seinen Äußerungen klar, eindeutig, präzise und ohne Widersprüche sein. Umso zögerlicher, unsicherer und ambivalenter die Haltung des Patienten ist, umso unmissverständlicher müssen die Anleitungen des Therapeuten sein. Sie sollen ein Gegengewicht bilden zur zögerlich-grüblerischen, dasselbe Für und Wider immer wieder abwägenden und nirgendwo endenden Vorgehensweise des Patienten.

Die Handlungsanweisungen sollen ein Modell für die zukünftigen Aktionen des Patienten bieten:

- Situationsanalyse
- Zieldefinition
- Entwurf eines Handlungsplanes
- Erprobung am inneren Modell
- Entschlussfassung
- Ausführung

Auf diese Art kann sowohl das Konzipieren klarer und präziser Handlungspläne als auch deren energisches Ausführen trotz der zwangsbedingten Störungen immer besser eingeübt werden, um allmählich ein normales, den Interessen der Patienten

dienliches Alltagsverhalten wieder aufzubauen. Als Voraussetzung dafür muss allerdings am Anfang die genaue und folgerichtige Anleitung durch den Therapeuten stehen.

Selbstwerdung

Auf die oben beschriebene Art vom Therapeuten gestützt, kann sich der Patient in der nächsten Phase auf die Suche machen nach Antworten auf eine Reihe entscheidender Fragen: „Was läuft wirklich bei mir ab?“ „Wo beginnen genau meine Schwierigkeiten?“ „An welchen Stellen könnte ich mir andere Reaktionen vorstellen?“ „Was macht es mir so schwer, sie auszuprobieren?“ „Wie kann ich mit diesen Schwierigkeiten umgehen?“ „Was traue ich mir schon zu, in der Vorstellung und in der Wirklichkeit?“ „Was könnte passieren, wenn ich dieses oder jenes tue?“ „Wie geht es mir, wenn ich es getan habe?“ „Welche Gefühle treten auf?“ „Mit welchen Erinnerungen an meine Vergangenheit sind sie verknüpft oder was haben sie zu bedeuten in bezug auf mein aktuelles Leben?“

Die Haltung, die Patient und Therapeut dabei einnehmen sollen, ist die sokratische: Zwei Menschen versuchen gemeinsam, der Wahrheit ein Stück näher zu kommen. Sie ist vor allem als Modell für den Patienten bei seiner eigenen selbständigeren Arbeit gedacht. Seit dem Beginn seiner Erkrankung fühlte er sich vom Zwang dominiert, ja meist erdrückt. Er erlebte sich selbst als klein, schwach und unvollständig, als kaum oder gar nicht dazu in der Lage, diesem Zwang einen größeren Widerstand entgegenzusetzen. Als Selbstbeschränkung hatte er sich ein Denkverbot über das auferlegt, was der Zwang von ihm verlangte. Nach den ersten Erfolgen wird der Patient nun ausdrücklich dazu ermutigt, gegen seine Lage zu rebellieren, ihr mit zunehmender Skepsis, mit Befremden und sogar mit Wut zu begegnen. Das zentrale Ziel dabei ist, dass sich der Patient immer mehr selbst spürt, auch dann, wenn er sich noch nach dem Zwang richtet. Ein Beispiel:

Eine Patientin kehrt nach Hause zurück und hat wie üblich ein Riesepaket an „Vorsichtsmaßnahmen“ einzuhalten, um keine „gefährlichen“ Substanzen in die „Heiligtümer“ der Wohnung (bis hin zum Allerheiligsten, dem Bett) einzuschleppen. Die auszuführenden Handgriffe sind weitgehend stereotypisiert und richten sich weitestgehend nach den „gefährlichen“ Begegnungen, die im Laufe des Tages stattgefunden haben. Die wahre Bedürfnislage der Patientin hingegen ist eine ganz andere. Sie fühlt sich abgespannt, hat ein starkes Bedürfnis nach Ruhe und möchte erst einmal bei dem Telefonat mit einer Freundin entspannen. Die privaten Wünsche wurden bislang immer hinten angestellt, ja sie wagten kaum, sich zu manifestieren.

In dieser Phase wird die Patientin vor allem dabei gestützt, sich als eigenständige Person zu fühlen und ihre nicht zwangsbedingte Einschätzung der Situation aufkommen zu lassen. Sie wird dazu ermutigt, ihre Bedürfnisse zu aktualisieren und wahrzunehmen. Dabei soll sie sich, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, immer mehr Freiraum dafür nehmen. Das geht natürlich nur dann, wenn sie anfängt, zwangsbedingte Regeln zu überschreiten. Sie wird selbstverständlich dabei auf Widerstände stoßen, aber

sie soll ihnen mit Auflehnung und wenn möglich mit zunehmendem Ärger begegnen, statt sich wie üblich mit rationalisierenden Ausflüchten und schließlich mit Resignation dann doch zu fügen. Für diese Haltung gegenüber dem Zwang und den sich daraus ergebenden Verhaltenskonsequenzen muss sie in zunehmendem Maße selbst die Verantwortung übernehmen, statt sich dafür die Absolution vom Therapeuten zu holen. Was in diesem Rahmen schon möglich ist, muss die Patientin selbst ausloten, und der Therapeut lässt sie dabei „an der langen Leine“. Er ist geduldig, stützt sie und respektiert immer mehr ihre Eigenständigkeit. Er verhält sich komplementär zu ihren Bedürfnissen und trägt dadurch dazu bei, den Zwang zunehmend zu „externalisieren“ (Hoffmann 1996). Er wird immer mehr zu einem Relikt aus der Vergangenheit deklariert, dessen infantile und irrationale Struktur dem wachsenden Selbst der Patientin immer weniger gemäß ist. Sehr häufig wird der Therapeut erleben, dass die Patientin stolz über ihre Erfolgserlebnisse berichtet und sich als zunehmend selbständig werdende Person darstellt. Dafür verdient sie Anerkennung. Es wird aber auch Rückschläge geben, die er dann mit ihr zusammen analysieren wird, um letztlich daraus die Möglichkeit weiterer Fortschritte abzuleiten.

Bei dieser Arbeit kann der Therapeut im Gegensatz zur Zeit des Therapiebeginns, als der Zwang jeden Schritt diktierte, keine treffsicheren Vorhersagen über das Verhalten der Patientin mehr machen. Jetzt ist auch er zum Beobachter und zusammen mit ihr zum Suchenden geworden, und das gemeinsame Ziel ist deren Selbstwerdung.

Ein Kranker kommentiert diese Phase der zunehmenden Überwindung des starren Panzers des Zwanges wie folgt:

„Ich wusste nicht, wohin das alles führen würde, und wusste nicht, was alles zum Vorschein kommen wird und ob ich es aushalten kann. Aber trotzdem hatte ich letztlich ein gutes Gefühl und bekam immer mehr Vertrauen in mich selbst. Ich wusste die ganze Zeit, dass Sie da waren, aber Sie traten immer mehr in den Hintergrund. Manchmal brauchte ich Sie ganz dringend, praktisch von einer Minute zur anderen. Aber Sie wurden mir auch manchmal geradezu lästig und ich wurde wütend auf Sie, weil ich mir sagte, es ist ja doch meine Sache, ich muss es tun, das nimmt auch er mir nicht ab. Das Haupterlebnis aber waren die neuen Gefühle, die bei mir auftraten. Wenn sie auch manchmal schmerzhaft waren, so waren sie doch echt. Vorher war alles unecht – alles war unecht.“

Bei der Therapie von Zwängen sind Therapeut und Patient zuerst mit einem Gegner konfrontiert, den der Patient kaum durchschaut. Dann muss sich der Therapeut als eine Art Gegenzwang etablieren und einen weitgehend von seinen Gefühlen abgespaltenen Menschen konsequent führen, vorwiegend emotionslos, aber nie ohne Anteilnahme. Ohne Vertrauensvorschuss seitens des Patienten ist das nicht möglich. Er erlebt seine ersten Erfolgserlebnisse, steigert allmählich sein Gefühl von Selbstwirksamkeit und macht sich dann mit dem Therapeuten auf den Weg, noch immer unter dessen Lenkung, um den Zwang noch besser zu beobachten und kennenzulernen. Schließlich traut er sich sogar zu, ihn herauszufordern, vor allem weil er in zunehmendem Maße seine Funktion versteht. In dem Maße, in dem er Mut fasst, immer mehr echte Gefühle für sich selbst und seine Umwelt entwickelt und risikofreudiger wird, lockert der Therapeut seine Lenkung und begleitet ihn nur noch auf seinem weiteren Weg. Der Patient wird seinen Weg gehen, soweit er es vermag. Das haben wir alle gemeinsam.